دليل الطب النفسي

شهادات من واقع التجربة

إعداد

نخبة من أساتذة الطب النفسي

بالجامعات العربية

الكتاب: دليل الطب النفسي (شهادات من واقع التجربة)

إعداد: نخبة من أساتذة الطب النفسي بالجامعات العربية

الطبعة: 2017

الناشر: وكالة الصحافة العربية (ناشرون)



5 ش عبد المنعم سالم – الوحدة العربية – مدكور- الهرم – الجيزة

جمهورية مصر العربية

هاتف : 35825293 – 35867576 – 35867575

فاكس : 35878373

http://www.apatop.com E-mail: news@apatop.com

دار الكتب المصرية

فهرسة إثناء النشر

الطب النفسي، اساتذة

دليل الطب النفسي / اساتذة الطب النفسي

– الجيزة – وكالة الصحافة العربية.

.. ص، .. سم.

الترقيم الدولى: **5 – 329 – 446– 977– 978**

أ – العنوان رقم الإيداع : **7925 / 2017**

دليل الطب النفسي

شهادات من واقع التجربة





مقدمة

تشكل ضغوط الحياة والأوضاع المجتمعية عوامل وأسبابا تؤثر سلبا على صحة الإنسان النفسية، وتجعل المجتمع حائرا أمام عدد من الظواهر والمشكلات والأمراض التي تصيب أفراده من الشباب والفتيات، وتؤثر عليه بشكل عام، فالصحة النفسية لها أهمية كبيرة، وتأثير بالغ على الفرد وعلى المجتمع، وهي سبيل كل فرد للنجاح والسعادة، كما هي سبيل المجتمع للتقدم والرقي والاستقرار.

اختلف العلماء والمختصون في تعريف ماهية الصحة النفسية تعريفا دقيقا؛ فمنهم من ذهب إلى التعريف المنفي، أي أن الصحة النفسية تكون في غياب الأعراض المرضية عن الشخص، ومنهم من ذهب إلى أنها الشعور بالتوازن والرضا والارتياح النفسي، والتعريف الأكثر دقة هو التعريف المتوازن الذي يجمع بين القياس العلمي، في أنها غياب الأعراض النفسية، وفي الشعور الإنساني بالرضا والتوازن والارتياح، فهي "القدرة على ممارسه الحياة العملية والنشاط اليومي بطريقة تحقق الفاعلية العادية، والاستقلال المناسب، وتحقق التكيف مع المجتمع الأوسع، وتعطي الفرص لممارسة القدرات، وكل ذلك مع درجة من التوازن الذاتي تنتفي معها الدرجات الجسيمة من المعاناة".

ولاشك أن الصحة النفسية جزء أساسي لا يتجزأ من الصحة. وفي هذا الصدد ينصّ دستور منظمة الصحة العالمية على أن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. ومن أهم آثار هذا التعريف أن شرح الصحة النفسية يتجاوز مفهوم انعدام الاضطرابات أو حالات العجز النفسية.

والصحة النفسية عبارة عن حالة من العافية يمكن فيها للفرد تكريس قدراته الخاصة والتكيّف مع أنواع الإجهاد العادية والعمل بتفان وفعالية والإسهام في مجتمعه. وتمثّل الصحة النفسية، حسب هذا التعريف الإيجابي، الأساس اللازم لضمان العافية للفرد وتمكين المجتمع من تأدية وظائفه بشكل فعال.

والطب النفسي هو الأساس العلمي الذي يقوم عليه تماسك المجتمع وحمايته من الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية؛ فالطب النفسي هو أحد العلوم الصحية الأساسية التي تعتمدها منظمة الصحة العالمية في تحقيق هدفها المتمثل في توفير الصحة للجميع. ولا يمكن تجاهل دوره في بناء وتعزيز الوضع الصحي للأفراد وللمجتمعات على حد سواء. وموضوعاته تهمّ المجتمع بأسره بقدر ما تخصّ كل فرد فيه، وأهمية هذه الموضوعات لا تقتصر على الأطباء أو على العاملين الصحيين بل تتعداهم لتشمل كل فرد من أفراد المجتمع في جميع مراحل حياته.

والكتاب مجموعة من الأبحاث والشهادات من واقع التجربة والممارسة لأساتذة وأطباء وخبراء عرب في الطب والصحة النفسية ،

ويلقي الضوء على عدد من الأمراض النفسية الشائعة، ومسبباها، وكيفية علاجها سواء في البيت، أو بقرار الذهاب إلى الطبيب المختص، أو نقل المريض إلى الطوارئ النفسية، كما يضم إرشادات همّ كافة أفراد المجتمع، لتجنب الوقوع في مشكلات نفسية، وتقويتهم ليكونوا إيجابيين في مجتمعهم، ومتسلحين بالعزيمة والصحة النفسية والجسدية.

وقد اشتمل الكتاب على النواحي النظرية والتطبيقية في علوم الطب النفسي، كما تضمن في بعض فصوله وصفا موجزا وأسلوبا يستحث التفاعل والتحاور بهدف تعويد الإنسان على معرفة وفهم طبيعة المرض النفسي، والوصول إلى التشخيص الصحيح وتقديم العلاج الضروري.

ومما يجدر ذكره تخصيص جزء لأهمية النواحي الروحية والإيمانية، وإفراد صفحات خاصة بعلاقة الطبيب بالمريض وتاريخ الطب النفسي، مما سوف يساعد على التأصيل والتمسك بالقيم الدينية والخلقية السوية والعلاقات الإنسانية الفاضلة، إلى جانب موضوع التصنيف الدولي الحديث للأمراض النفسية، والذي سوف يساعد على تحديد نوعية هذه الأمراض وتسجيلها ومتابعة واتخاذ الإجراءات العملية المناسبة، علاجا وتأهيلا، وفي رسم السياسة الصحية والنفسية المناسبة.

واشتمل الكتاب أيضا على أنواع العلاج المطلوب وقائيا ونفسيا واجتماعيا وعضويا وتأهيليا، واختتم الكتاب بفصل خاص بالطوارئ

النفسية وعلاجها، ما يجعل هذا الكتاب بمثابة مرجع شامل لفهم الطب النفسي بسهولة ويسر وتحقيق الصحة النفسية للفرد والمجتمع.

وبالله التوفيق.

الناشر

تاريخ الطب النفسي

الأستاذ الدكتور طه بعشر

الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

إن المرض النفسي قديم قدم الإنسان، وعليه فإن الإنسان منذ فجر التاريخ بذل محاولات عديدة للعلاج مما يصيبه نفسياً، وذلك وفقاً للمعالجات البدائية.

ومما يجدر ذكره أن المصريين والبابليين والآشوريين في حضاراتهم التاريخية القديمة قد تمكنوا من تسجيل بعض ملاحظاتهم الطبية وممارساتهم العلاجية في أوراق البردي والفخار والحجارة. وقد احتوت بردية كارن، مثلاً، على ثلاثين وصفة لأمراض مختلفة مرتبطة بتغيرات في الرحم. ومن هنا يرى البعض أن قدماء المصريين قد سبقوا بنحو عشرة قرون تعاليم بقراط عن مرض الهستيريا. علماً بأن بقراط قد زار مصر في القرن الخامس قبل الميلاد عندما كانت الإسكندرية مركزاً مهما للعلوم والمعرفة، وليس من السهل معرفة إلى أي مدى تأثر بقراط بالفكر المصري القديم في تكوينه النظري عن مفهوم الهستيريا، وقد ظل المصطلح مستعملاً في الكتب الطبية حتى الآن، ولم يغير إلا مؤخراً في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية 1992)، حيث حل مكانه مصطلحات أخرى.

ومن الطرق العلاجية النفسية الجدير بالذكر هنا هي العلاج والنوم في المعابد. وهذه الطريقة قد ارتبطت باسم امحوتب، الطبيب الوزير للفرعون زوسر (**2980–2900** ق.م) والذي بني له معبد في جزيرة فيلة. والمعالجات النفسية التي كانت تقدم مثلاً التعاويذ والموسيقى والأعشاب تعكس الارتباط في ذلك الزمن الطب الكهنوتي **priesthood medicine** والطب التجريبي **expermintal medicine**.

كما أن البابليين والآشوريين استعلموا بعض الأرقام المبنية على مفهوم القوى الخفية في المعالجات التي مازالت مستعملة في الطب الشعبي التقليدي.

وقد ظلت أوروبا في ظلال الجهل ونسبت أسباب الاضطرابات النفسية إلى الأرواح الشريرة وإلى الآثار الشيطانية حتى جاء عصر بقراط (**460–380** ق.م) والذي نادى بالبعد عن هذه الآراء، وعامل الاضطرابات النفسية بنفس أسلوب معاملة الأمراض الجسمانية، وأدخل نظرية الأخلاط **humours** التي تركز على أن أسباب الأمراض تعود إلى اضطراب في أخلاط الجسم الأربعة وهي الدم **blood**، والبلغم **phlegm**، والصفراء **yellow bile**، والسوداء **black bile**. وما زالت آثار مثل هذه المصطلحات مستعملة حتى اليوم، فنجد استعمال كلمة المرض السوداوي **mclancholia** لحالات الاكتئاب النفسي.

وبالرغم من أفكار بقراط وأثارها البعيدة في المفاهيم الطبية، فقد استمرت المفاهيم القديمة خلال العصور الوسطى في أوروبا، ولم تتغير أساليب العلاج المختلفة في طرد الأرواح الشريرة التي عانى منها كثيراً مرضى الاضطرابات النفسية.

وقبل أربعة عشر قرناً بزغ فجر الإسلام في الجزيرة العربية، وأنزل الله القرآن الكريم على النبي صلوات الله عليه وسلامه، وبالرغم من أن القرآن الكريم ليس بكتاب في الطب إلا إنه جاء معجزة خالدة لأنه يخاطب عقل الإنسان ووجدانه، ومنه يتعلم المسلم عقيدة التوحيد، وبه يسترشد إلى الطريق الأمثل في حياته، وفي معاملاته، ووجد المسلمون في القرآن كل الأسس الهادية والمرشدة في نمو الإنسان، وفي تحقيق المثل العليا في حياته الفردية والاجتماعية، وقد جاءت الآيات القرآنية غنية بالعظات وداعية للشفاء النفسي {ونزلنا عليك الكتاب تبياناً لكل شيء وهدى ورحمة وبشرى للمسلمين}[1].

{يا أيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين}[2].

كما دعا القرآن الكريم الإنسان إلى التفكير في نفسه ومعرفة سماتها وأسرارها، إذ إن معرفة النفس تقود إلى معرفة الله سبحانه وتعالي: {وفي الأرض آيات للموقنين وفي أنفسكم أفلا تبصرون}[3].

(1) سورة النحل 89.

(2) سورة يوسف، الآية 57.

كما ذكر في القرآن آيات بينات عن أحوال النفس المختلفة والتي أشارت إلى النفس المطمئنة... والنفس اللوامة... والنفس الأمارة بالسوء، كما وردت في القرآن الكريم آيات مرشدة عن الروح والعقل. كل ذلك أضاء طريق المعرفة لعلماء المسلمين، وفتح مجالات ثرة في علوم الطب النفسي.

وكان لانتشاء الرسالة الإسلامية وتداخلها مع الحضارات الأخرى مثل حضارة الإغريق أثرها في المزيد من تطور الطب النفسي الذي اشتهر بعض من الأطباء فيه مثل الرازي (**860–932**م) وابن سينا (**980–1036**م).

وقد كانت لتعاليم الرازي آثارها البعيدة في النهوض بالطب بين الشعوب العربية، والأوروبية، وقد عاش الرازي في زمان بعد جالينوس (**131–201**م) وأرسطاطاليس عندما ظل الطب في أوربا في مستوى غير متطور لعدة قرون، وكان من أهم مؤلفات الرازي كتابيه المنصوري والحاوي. وقد ترجم الكتابان إلى اللغة اللاتينية. وكان اهتمامه بالأثر النفسي في حالات المرض واضحاً من كتاباته، حيث يدعو الطبيب أن يدخل الطمأنينة في نفس مريضة ويبشره بالشفاء، حتى وإن لم يكن متأكداً من ذلك لأن مزاج الجسم خاضع للسلوك النفسي ...

(3) سورة الذاريات، الآية 20، 21.

وهناك أيضا كتاب ابن سينا المسمى القانون في الطب الذي يتضمن الكثير من تعاليمه وتجاربه ويؤكد فيه علاقة الأعراض الجسمانية بالأحوال النفسية.

ومن ناحية أخرى اهتم بعض علماء المسلمين بتفسير الأحلام، وفي القرن الثاني بعد الهجرة كانت هناك إسهامات كثيرة ممن تخصصوا في تفسير الأحلام مثل العالم الشهير ابن سيرين، وأبدوا اهتماما كبيراً بالجانب اللاشعوري في الحلم وأشاروا إليه بالمكنون، واهتموا كذلك بالخلفية الثقافية والاجتماعية وبالرموز التي ترى في الحلم.

وقد أبدى أئمة المسلمين اهتماماً كبيراً بعلاج المرضى النفسيين، وقام بعض الخلفاء العباسيين بإنشاء المستشفيات أو البيمارستانات، حيث أنشأ الخليفة المكتفي بالله العباسي مستشفى لهؤلاء المرضى، وأوكل إدارة شؤون للطبيب أبي بكر الرازي – كما شيدت مستشفيات نفسية في القرن الثامن والقرن التاسع الميلادي في كل من بغداد ودمشق والقاهرة.

وكان أول مستشفى للطب النفسي في العالم في بغداد **705**م، ولم تعرف أوروبا المستشفيات النفسية إلا من خلال إسبانيا وذلك بتأثير الفتح الإسلامي وإنشاء المستشفيات في إسبانيا.

وفي مجال العلاج بالأدوية فقد كان لعلماء العرب فضل السبق، وقد اشتهر منهم جابر بن حيان (**702–765**م)، وقد أشار العالم الشهير

ابن البيطار في كتابه المسمى بالجامع إلى أكثر من **1400** دواء نفساني التأثير، وذلك مؤشر مهم لما حققه هؤلاء العلماء من تقدم.

أما بالنسبة لأوروبا فقد كان عام **1795** بداية التحول في العلاج بالمستشفيات النفسية، عندما قام بانيل في فرنسا بإعطاء حرية التصرف والمعاملة الإنسانية لمرضى الاضطرابات النفسية، وقد تبعه على نفس النهج الإسباني كونولي. وفي نهاية القرن التاسع عشر وبداية هذا القرن طرأت بعض تطورت التقدم في الطب النفسي في بعض البلاد الأوربية، فقد قام اختصاصي الأمراض العصبية النمساوي، سيجموند فرويد بدراسة بعض الحالات المرضية والتي عزا أسبابها لأحداث لم يتذكرها المرضى إلا بعد إخضاعه للتنويم النفسي، وخلص من تجاربه إلى منهج التحليل النفسي **psychoanalysis**. وفي نفس الوقت بدأ أدولف ماير في الولايات المتحدة دراسة الحالات النفسية التي عزا أسبابها إلى ردود انفعالات، وطور أسلوباً جديداً سماه بالنهج البيولوجي النفسي **psychobiology** ...

وهكذا أصبح الطب النفسي يتطور وفق مناهج مختلفة.

وفي القرن الرابع عشر الهجري كان مستشفى قلاوون بالقاهرة يضم أربعة أقسام؛ للجراحة، والباطنة، والرمد (طب العيون) والأمراض النفسية، سابقاً أوروبا بستة مائة عام في تواجد الأمراض النفسية في مستشفى عام.

ومن الأشياء الأساسية التي يجدر ذكرها في تطوير العلاج النفسي العلاقة الأساسية بين المريض والمعالج، ومنذ منتصف هذا القرن بدأ الانفتاح على علاج المريض في بيئة يرتاح فيها المريض نفسياً واجتماعياً. وعليه أنشئت الوحدات العلاجية النفسية في المستشفيات العامة، وتطور علم النفس الاجتماعي **psychosocial**، وتقدمت الخدمات الاجتماعية، ولقي التأهيل العملي والمفيد أهمية خاصة.. كما أن مشاركة الأسرة والمجتمع المؤسسات المختلفة في العناية بالمريض النفسي وجدت كل التأييد والسند.

ومنذ عام **1975** بذلت مساعٍ كثيرة لإدخال خدمات الصحة النفسية في مستوى الرعاية الصحية الأولية. وفي عام **1984** أصبح التعريف العالمي للصحة يشمل الجانب الروحي، وكل ذلك علامات مبشرة في مستقبل الصحة عامة والصحة النفسية **mental health** خاصة.

إن التطور العلمي الذي حققه الطب النفسي والتقدم الواعد تميز به العلاج النفسي الحديث كلها علامات تبشر بمستقبل عظيم في مجال الطب النفسي.

تعريف الصحة النفسية وماهية المرض النفسي

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي

الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

من السهل تعريف الأمراض البدنية، حيث توجد مقاييس معروفة ومحددة متى حاد عنها القياس اعتبرت الحالة مرضاً. فمثلاً درجة الحرارة العادية هي **37** مئوية (أو حول ذلك بقليل) فإذا وصلت درجة الحرارة إلى **38** اعتبر الإنسان مصاباً بالحمّى... وهكذا.

أما في المرض **mental disease** فالأمر يختلف اختلافاً بيناً، حيث لا توجد مقاييس محددة كمياً **quantitatively** ونوعياً **qualitatively** للسلوك يمكن بواسطتها أن نقيس السلوك البشري في كل الأوقات عند كل الناس، فهنال العوامل الشخصية حيث يختلف الأمر من فرد إلى فرد، وهناك العوامل البيئية والثقافية، والعوامل التربوية، وهكذا.

فإذا كان من الصعب أن نحدد ماهية المرض في الطب النفسي بشكل بسيط ومباشر مثلما هو الحال في الطب الجسمي، فإنه يصعب

كذلك تحديد ماهية الصحة النفسية **mental health** بشكل عام وشامل أيضاً.

وسنعرض أهم ما توصّل إليه الاتفاق حول هذبن المفهومين «الصحة **health**» و«المرض **disease**» فيما يتعلق بالأمراض النفسية.

الصحة النفسية Mental health

توجد عدّة مفاهيم للصحة النفسية يجدر في البدء مناقشتها:

1– مفهوم غياب الأعراض **absence of symptoms**:

وهو المفهوم الذي يقول: إن الصحيح نفسياً هو من لا يشكي من أعراض نفسية. لكن هذا المفهوم يهمل الاضطرابات العامة للشخصية، مثل الاضطرابات التي لا تظهر في شكل أعراض محددة، ولكن في شكل تصرفات وسمات عامة، كما يهمل نوعية الصحة وتكاملها، فهو مفهوم سلبي يعرّف الصحة باختفاء ما يتصوّر أنه عكسها (الأعراض).

2–المفهوم الإحصائي: يقول هذا المفهوم إن الصحيح نفسياً هو الذي يشبه في سلوكه وتصرفه وتنوع حياته ما عليه أغلب الناس من حوله وفي بيئته.

وهذا المفهوم جيد إذ يحترم ما اتفق عليه أغلب الناس على أنه «صحّة»، لكنه قد يستبعد فئة قد تختلف عن سائر المجموع لا لأنها مريضة، ولكن لأن لها رؤية سابقة لأوانها، أو نظرة نقدية، أو إبداعاً

خاصاً، مثل بعض من يوصفون بأنهم العباقرة، والأفذاذ والقادة والمفكرين.

3- المفهوم المبني على طلب المعونة الطبية: وهو الذي يقول إنه مادام هناك بعض الناس عندهما لأعراض ولا يتوقفون عن ممارسة الحياة، ولا يشكون بشكل خاص، فإنه يستحسن أن نضيف إلى مفهوم الصحة أن من لا يذهب لاستشارة طبيب، أو يأخذه أهله إلى طبيب أو معالج، هو شخص سليم.

وهذا مفهوم خطر، لأنه يهمل طلب المعونة الطبية دون أن يكون الإنسان سليماً، ومثال ذلك عند من يقاسي من الصعوبة الاقتصادية، وعدم توافر الإمكانيات المناسبة، وفقد البصيرة، وإهمال الرعاية وغير ذلك.

4- المفهوم المرتبط بالتعوّق: وهو الذي يقول إن الصحة النفسية إنما تقاس بدرجة التعوق في المجالات الأساسية التي تجعل الحياة طبيعية، وهي مجالات العمل والتكيف الاجتماعي أساساً.

وهذا المفهوم من أهم المفاهيم وأكثرها عملية، حيث يرتبط مباشرة بفاعلية الإنسان وعلاقاته، إلا إنه يتغاضى عن احتمال أن يكون التكيف والعمل هو على حساب الذات وتناسقها الداخلي وقدراتها الخاصة والخلاقة، وكل هذا ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار حين نقرر ما هي الصحة النفسية.

5- المفهوم الإيجابي للصحة النفسية: وهو جزء من المفهوم الإيجابي للصحة عامة، وهو المفهوم الذي تبنته منظمة الصحة العالمية.

وهذا المفهوم الإيجابي للصحة يؤكد أنها ليست مجرد انتفاء المرض، وإنما هي نوع من التوازن الفعال الذي يجعل الإنسان متناسقاً مع نفسه ومع من حوله، بما يحقق التكيف والتوازن مع الذات ومع المجتمع بدءاً بالأسرة فالمجتمع الأصغر فما يليه، وكذلك بما يحقق التوازن الإيجابي مع مجمل المجتمع الإنساني.

على أن بعض المفاهيم الهامة والمتعلقة بمجتمعاتنا العربية تضيف بعداً مهما: وهو التوازن مع الكون الأعظم بما يمنحه الإيمان الإيجابي من فرص أكبر لمثل ذلك.

وكذلك تصيف بعض المفاهيم الطموحة أن الصحة النفسية لا تكتمل إلا إذا أطلقت كل قدرات الإنسان إلى المستوى المناسب لها، لما في ذلك قدراته الإبداعية الخلاقة.

الخلاصة

لما كان تعريف الصحة بهذه الصعوبة فلا بد أن نلتزم بتعريف عملي، يمكن قياسه، وإن كان نسبياً، فنعرِّف الصحّة النفسية على الوجه التالي:

الصحة النفسية هي القدرة على ممارسة الحياة العملية والنشاط اليومي بطريقة تحقق الفاعلية العادية، والاستقلال المناسب، وكذلك تحقق التكيف مع المجتمع الأوسع، وتعطي الفرص لممارسة القدرات، وكل ذلك مع درجة من التوازن الذاتي تنتفي معها الدرجات الجسيمة من المعاناة.أي أن الصحة النفسية هي الفاعلية والتوازن والتكيف مع الآخرين.

المرض النفسي Mental disease

وعلى ذلك ففي مجال المرض النفسي يمكن القول إن كل ما خالف هذا التعريف الأخير يمكن أن يعتبر مرضاً نفسياً، ولكن ذلك ليس سهلاً أيضاً، واللغة العربية شديدة الثراء بما يصف المرض. فالمرض لغة هو «كل ما يخرج الكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال من علّة أو نفاق أو تقصير في أمر»، والمرض هو «النقص وهو الانحراف، وهو الفتور، وهو الإظلام»، وغير ذلك كثير وهذا التعدد اللغوي يبنه أيضاً إلى ضرورة التجديد، وعلى ذلك نقول:

إن المرض النفسي هو حالة من التعوق أو المعاناة الجسيمة أو كلاهما، تؤثر على فاعلية الإنسان، وعلى تكيّفه الاجتماعي، وعلى تصالحه النسبي مع نفسه، وهذه الحالة يصاب بها الشخص نفسه لدرجة تعتبر سلبية إذا قيست بما كان عليه قبل ذلك (في حالة الناضجين)، أو بما كان يُتوقّع له (في حالة الأطفال في سن النضج).

وبإيجاز أكثر:

المرض النفسي هو درجة جسيمة من التعرّق أو المعاناة أو التصادم مع الذات أو مع المحيطين أو الشذوذ السلبي عنهم، أو من أي من هذه المظاهر معاً.

الوبائيات والسَّبَبيَّات

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني

تعتبر دراسة الوبائيات **epidemiology** أمراً أساسياً في الطب. ذلك أنها تُعِين – في الطب النفسي، كما هو الحال في التخصصات الطبية الأخرى– على تحقيق أهداف متعددو منها:

1– تحديد مدى الانتشار الحقيقي للاضطرابات النفسية بين مختلف المجموعات (مجمل السكان، مرضى الأطباء العامين مثلاً).

2– البحث عن العوامل المسببة، والتي تساعد معرفتها في وضع استراتيجيات للوقاية من الاضطرابات النفسية.

3– تمكين المسؤولين في مجال الصحة العمومية من وضع برامج تكيف المصالح الصحية مع الرغبات الحقيقية للسكان.

4– تحقيق التلاؤم بين تدريب العاملين في مجال الصحة وبين الحاجات الواقعة للسكان، مع ترتيب الأولويات.

ولقد نشرت منذ القرن التاسع عشر إحصائيات متعددة في كتب ومقالات مختلفة، لكنها لا تتعلق إلا بجوانب متناثرة من الطب النفسي. وكان لابد من انتظار سبعينات هذا القرن لتظهر دراسات علمية، ملتزمة بمنهجية دقيقة في مجال وبائيات الأمراض النفسية. ولقد لعبت كل من منظمة الصحة العالمية والمؤسسة الوطنية للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية دوراً رائداً في هذا المجال. كما أنجزت دراسات جيدة في دول شمال أوروبا وفي إنجلترا وسويسرا.

ولقد لعب عاملان مهمان دوراً أساسياً في هذا الازدهار وهما تطوير أدوات المقابلة النفسية المعيارية **standardized interviews** من جهة، والجهد الضخم المبذول في الطب النفسي لتوضيح المفاهيم، ووضع تصنيف للأمراض يستند على مبادئ أكثر علمية من جهة أخرى. ويمكن أن يكون الطب النفسي التخصص الطبي الأكثر إنتاجاً في مجال توضيح العديد من المفاهيم المستعملة (مثل الأعراض والمتلازمات والاضطرابات) على مدى العقدين الأخيرين.

ثم جاء تصنيف الاضطرابات النفسية الذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (**DSM III** في سنة **1980**، و**DSM IIR** في سنة **1987**) ثم المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (**ICD 10** في سنة **1992**) ليشكلا منعطفاً حاسماً في تطوير الوبائيات النفسية. إذ إن ما يميز هذين التصنيفين هو خلفيتهما المنهجية التي تسهل الطريقة العلمية لتناول الأعراض

والتشخيص والتي تتمثل باستعمال محاور متعددة للتشخيص (واحد للأعراض، وآخر للشخصية، وثالث للاضطرابات العضوية التي يشكو المريض إلخ) إلى جانب استعمال منهجي ومطرد لمعايير تشخيصية، مما مكّن من إجراء أبحاث علمية على كل واحد من تلك المعايير بهدف إثبات صلاحيته أو عدم صلاحيته.

انتشار الاضطرابات النفسية

إن أشمل دراسة تم القيام بها في مجال وبائيات الطب النفسي هي تلك أنجزت بالولايات المتحدة الأمريكية تحت اسم منطقة استجماع الخدمات الإبيديميولوجية **"Epidemiological Catchment Area"** ما بين سنتي **1980** و**1985**. وهي دراسة قامت بها خمسة مراكز جامعية أمريكية مختلفة على عيِّنة ممثِّلة لمجموع السكان تضم أكثر من **20000** شخص تزيد أعمارهم على **18** سنة. وأثبتت الدراسة هذه أن انتشار **prevalence** الاضطرابات النفسية (أي عدد الحالات الموجودة داخل المجموعة السكنية في وقت معين)، بما في ذلك إدمان الكحول والمخدرات، يزيد على **15** في المائة.

مدى انتشار الاضطرابات النفسية بين الأفراد الذين يزيد أعمارهم عن 18 سنة

Regier et al–Arch. Gen. Psychiatry– 1993; (**50–85–94**)

الاضطراب	على مدى شهر	على مدى سنة
جميع أنواع الاضطرابات ما عدا إدمان الكحول والمخدرات		
الفُصَام / الاضطراب الفُصَامي الشكل		
الاضطراب العاطفي (الوجداني)		
– الثنائي القطب		
– الاكتئاب الأحادي القطب		
– اضطراب المزاج		
اضطرابات القلق		
– الرُهّاب		
– اضطراب الهَلَع		
– الاضطراب الوسواسي القهري		
الاضطرابات الجسدية الشكل		
اضطرابات الشخصية المستهينة بالمجتمع		
الاضطرابات الذُّهَانِّية الشديدة		

في الشهر الواحد، و28 في المائة في السنة. وهكذا يعني أنه على مدى سنة واحدة، يعاني أكثر من شخص واحد من بين أربعة أشخاص من مجموع السكان من اضطراب نفسي أو يدمن الكحول أو المخدرات بالولايات المتحدة (انظر الجدول 1).

أما أهم النتائج المرتبطة بالاضطرابات النفسية في هذه الدراسة فهي كالتالي:

– تشكل اضطرابات القلق (اضطراب القلق العام، واضطراب الهَلَع، واضطرابات الرُّهاب، والاضطراب الوسواسي القهري، والاضطراب التَّالي للرَّضع) أكثر أنواع الاضطرابات النفسية انتشاراً اضطراب الوسواسي القهري حيث ينتشر ستين مرة أكثر مما كان مقدراً من قبل (2 في المائة من مجموع السكان على مدى سنة واحدة). وقد كان ذلك التقدير مبيناً على اعتقاد الأطباء النفسيين على أنه اضطراب نادر بسبب قلة المصابين به الذين يطلبون المشورة من الطبيب النفسي. إن هذا المثال يبين الأهمية القصوى للأبحاث في مجال الوبائيات النفسية والتي تنجز انطلاقاً من عينات ممَّثلة لمجموع السكان، إذ أردنا معرفة الخريطة الدقيقة لتوزيع الأمراض بينهم، وتجدر الإشارة إلى أن أغلب اضطرابات القلق قد سجلت لدى الإناث (اثنين مقابل ذكر واحد).

– أما النوع الثاني من الاضطرابات الأكثر انتشاراً فهي الاضطرابات العاطفية (الوجدانية) (أكثر من 9 في المائة من السكان على مدى سنة). أما باقي الاضطرابات فهي أقل انتشاراً.

لكن السؤال الذي يطرح نفسه هو ما إذا كانت هذه الأرقام الكبيرة (والتي ليست على كل حال أكبر من أرقام انتشار فرط ضغط الدم مثلاً بين مجموع السكان) هي نفسها على اختلاف الدول والثقافات، كما أثبتت ذلك دراسة واسعة النطاق أنجزتها منظمة الصحة العالمية، فهي تتراوح بين 0.5 و1 في المئة دون تمييز بين الدول المصنّعة والدول النامية. الشيء الوحيد الذي يختلف في هذه الدراسة هو شكل تطور المرض، والذي يبدو أفضل لدى مرضى الدول النامية منه لدى مرضى الدول الصناعية، والتفسير المفترض لهذه الظاهرة هو بقاء الأسرة الموسعة **expanded family** وانتشارها المهم في البلدان النامية.

وكمثال، فإن عدداً من الأبحاث في مجال الوبائيات التي أنجزت في بلد عربي (الدار البيضاء، المغرب) أعطت النتائج العامة التالية:

ـ بالنسبة لمجموع السكان:

* نسبة انتشار الأرق تتعدى 11 في المائة في عينة ممّثلة لمجموع السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و45 سنة في هذه المدينة.

* نسبة استهلاك الأدوية النفسية تبلغ حوالي 6 في المائة في عينة ممثلة لمجموع السكان.

– بالنسبة لمرضى الأطباء العامين: أكثر من 15 في المائة من مراجعيهم مصابون بالاكتئاب وحوالي 1 في المائة بالفصام، وأكثر من 40 في المائة

من الأطفال الذين يزيد عمرهم على خمس سنوات يعانون من سلس البول.

– بالنسبة لمرضى أقسام المصحَّات النفسية 8 في المائة منهم من اضطراب عضوي، يرتبط في أكثر الحالات ارتباطاً مباشراً بالاضطراب النفسي.

ـ بالنسبة للمجموعات المختلفة:

* الجامعيون: حوالي 15 في المائة من طلبة إحدى الكليات يتناولون المخدرات (الحشيش) بصورة متقطعة، و4 في المائة منهم يتناولونها بصورة مستمرة.

* المرض الذُهَانيون psychotic الذين يتناولون مضادات الذُهَان: نسبة انتشار عن الحركة المتأخر يتراوح بين 10 في المائة و64 في المائة، حسب عمر المريض ومدة المرض.

إن هذه الأرقام تشبه إلى حد كبير تلك التي تشير إليها نتائج الدراسات الغربية (ماعدا ما يخص الاضطرابات العضوية عند مرضى أقسام المصحّات النفسية). كما أن كثيراً من الأبحاث المنجزة في الدول النامية. ومنها خصوصاً بعض الدول العربية، انتهت إلى نتائج مطابقة تماماً للنتائج المسجلة في الدول الصناعية. وهذه الأرقام لها تطبيقات عملية مباشرة مرتبطة بالتخطيط في مجال الصحة النفسية لأن المسؤولين في

بلداننا النامية ينظرون عادة إلى الطب النفسي وإلى الصحة النفسية على أنهما تخصصان قليلا الأهمية في الميدان الطبي. وهم يستندون في ذلك إلى أن هناك أولويات أخرى في مجال الصحة العمومية مثل الأمراض المُعدية والسارية وسوء التغذية، ووفيات الأطفال.

ولم يدرك أولئك المسؤولون أن الفرد يمكن أن يصاب في أن واحد نفسي وآخر عضوي (سلّ، فُصَام، أو كيسة مائية واكتئاب مثلاً). وهذا يعني ضرورة إعطاء هذا التخصص الطبي كل وسائل العمل اللازمة له. وهو أمر تتضح أهميته أكثر إذا علمنا أن ثلث المرضى الذين يراجعون الأطباء العامين لا يعانون من أي مرض عضوي، مما يستلزم الاعتناء لديهم بالجوانب النفسية والاجتماعية. ويؤدي خطأ تشخيص الاضطرابات النفسية بوصفها اضطرابات عضوية ليس فقط إلى طول معاناة المريض، ولكن أيضاً إلى خسارة مادية يمكن أن تكون كبيرة (فحوص تكميلية غير مفيدة، إفراط في تناول الأدوية، الربح الضائع بسبب المرض). وبهذا فإن عدم توفير الإمكانيات الضرورية لتخفيف معاناة المرضى النفسانيين يتجاوز حدود مخالفة أخلاقيات الطب والصحة إلى إحداث خسارة اقتصادية.

ومن الجدير بالذكر أن الآراء المسبقة والسيئة عن الطب النفسي موجودة في كل دول العالم، بما فيها الدول الصناعية، وهو ما يفسر أن الدراسة الأمريكية أوضحت أن ربع المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسي فقط يستشيرون أطباء غير مختصين بالطب النفسي. إن الوبائيات

النفسية هي أساس الطب النفسي، ولا يحتل كل تخصص طبي إلا المكانة التي تعطيها له الدراسات في مجال الوبائيات. والطب النفسي في العالم العربي بحاجة ماسة إلى أبحاث في ميدان الوبائيات، فالوبائيات هي الطريقة المثلى لتطوير البحث النفسي في ميادين أخرى.

أسباب الاضطرابات النفسية

إن الحديث عن أسباب الاضطرابات النفسية قديم جداً، وقد كانت التفسيرات الأولى التي صاغها الإنسان للاضطراب النفسي مرتبطة بظواهر تنسب إلى ما وراء الطبيعة (مس من الجن أو سحر مثلاً). ويستمر وجود هذه التفسيرات بصورة كبيرة في كل البلدان النامية، وخصوصاً منها البلدان العربية. أما أول تفسير يحاول أن يربط الاضطرابات النفسية بالبنية العضوية فيعود إلى بقراط من خلال نظريته حول الأخلاط.

وليس هناك سبب وحيد للاضطرابات النفسية، بل إن تضافر عوامل متعددة هو الذي يؤدي إلى اختلال توازن الفرد والدفع به إلى الاضطرابات النفسي. والأنواع الثلاثة الرئيسية من العوامل المسببة للاضطرابات النفسية هي العامل الوراثي والعامل التربوي والعامل البيئي.

العوامل الوراثية Hereditary factors

كانت الفكرة المسيطرة إلى حدود سنة **1980**، هي أن الذُهانات **psychoses** ذات منشأ وراثي ولها أساس بيولوجي، أما المُعصابات **neurosis** فتجد جذورها في النمو عبر شخصية الفرد، وعلاجها الأمثل نفسي وليس غيره. إن وجهة النظر هذه قد روجعت من أساسها منذ أن أثبتت دراسات عدة أهمية العالم الوراثي في كثير من العُصَابات، وأن لها ذات الأهمية في الفُصَام أو في الاضطرابات الوجداني ثنائي القطب مثلاً. وقد برهنت على ذلك الدراسات بالنسبة لعُصاَبات متعددة كاضطراب الهَلَع **panic disorder**، واضطراب الرُهَاب **phobia disorder** (وخصوصاً الرُهَاب الاجتماعي ورُهَاب الدم والجروح)، والاضطراب الوسواسي القهري، بينما لا يظهر لحد الآن أن هناك عاملاً ورائياً وراء اضطراب القلق العام، والاضطراب التحويلي **conversional**، والاضطراب التالي للرضع.

إن هذا المفهوم الجديد للاضطرابات المعروفة قديماَ بالعُصَابات **neuroses** قد شجع كثيراً البحث البيولوجي في هذا المجال، إلى أن الاضطراب الوسواسي القهري يعتبر الآن لدى كثير من الباحثين مرضاً عصبياً نفسياً مصاحباً لآفة في نوى قاعدة الدماغ، لكن هناك نتيجة أخرى مهمة هي الاستعمال المتزايد للأدوية النفيسة (وبالخصوص المثبطات النوعية لاسترداد السيروتونين **specific scrotoninc reuptake inhibitors** في علاج بعض الاضطرابات العُصَابية). كما

أن العلاجات السلوكية أوضحت العلاج النفسي المفضل لمثل تلك الاضطرابات.

وتعتمد الأبحاث في المجال الوراثي على دراسة لعائلات يعاني أحد أفرادها أو أكثر من الاضطراب المراد دراسته. لكن المفيد أكثر هو دراسة هو دراسة التوائم وحيدة الزيجوت **monozygote** لمعرفة درجة توافق ذلك مع اضطراب معين بالمقارنة مع التوائم ثنائية الزيجوت ومع لإخوة والأخوات. وقد ثبت أن التوافق في الإصابة باضطراب معين لدى التوائم وحيدة الزيجوت وفي حالة وجود عامل وراثي، أعلى إحصائياً منه لدى التوائم ثنائية الزيجوت أو لدى باقي الإخوة والأخوات، لكن يمكن أيضاً القيام بدراسات لدى الأطفال بالتبِّني لقياس درجة التوافق في الإصابة بينهم وبين الآباء البيولوجيين من وجهة، وبينهم وبين آبائهم بالتبني من وجهة أخرى.

لكن يجب الإشارة إلى أن وجود عامل وراثي لا يعني حتمية الإصابة بالاضطراب النفسي. كما أن إصابة أحد الأبوين أو كليهما بمرض نفسي لا يؤدي بالضرورة إلى إصابة الأبناء أو الأحفاد به. لذلك يجب طمأنة عائلات المرضى النفسيين على أن العامل الوراثي ليس للمرض، إنما هو عامل من بين عوامل متعددة ومتشابكة.

العوامل التربوية Educational factors

من الواضح أن شخصية الإنسان تتأثر إلى حد كبير بالتربية التي يتلقاها داخل الأسرة. وتساعد هذه التربية في تنمية الذات لدى الفرد، عن طريق الحب، واحترام شخصية الطفل، والمنهج السليم. لكن إذا تعرض الطفل، لسبب أو لآخر، لصعوبات كبيرة، فإن ذلك يمكن أن تكون له تأثيرات سلبية على نمو شخصيته، مما يجعلها هشة وسريعة التأثر بمشاكل الحياة. ويعتبر غياب الأم واحداً من أكبر تلك العوامل السلبية، فإذا وقع مبكراً (في الشهر السادس من عمر الطفل مثلاً) واستمر لفترة طويلة، فإن الطفل يكون معرضاً للإصابة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب (وقد وصفه **Spitz** وصفاً جيداً) أو حتى الذُهان. كما ثبت أن الأطفال الذين يفقدون أحد أبويهم قبل سن الخامسة معرضون أكثر للمرور بفترات اكتئاب فيما بعد.

إن واحداً من التحديات الكبرى التي تواجهها اليوم الصحة النفسية ببلداننا العربية هو شيوع التربية التقليدية المبنية على غياب المبادرة وعدم احترام شخصية الطفل، مع أن العالم الصناعي الذي نحتك به يفرض علينا مزيداً من المبادرة ومن استقلالية الشخصية. وهذا يخلق المشاكل على المستويين الثقافي والاجتماعي.

عوامل البيئة المحيطة Environmental factors

وهي لا تضم فقط لأحداث التي تقع للفرد، ولكن أيضاً كل ما يمكن أن يؤثر تأثيراً مهماً على حياته وتفاعله مع وسطه.ورغم أن الأحداث الطارئة في حياة الفرد مهمة جداً، إلا إن دورها في ظهور المرض النفسي مبالغ فيه جداً من قبل أهل المرضى. إننا نسمع كثيراً أن فلاناً مرض مرضاً نفسياً بسبب صدمة ناتجة عن حدث طارئ في حياته مثل فراق شخص عزيز، أو موته، أو فشل في امتحان، أو حادثة خطيرة. لكن يجب الانتباه إلى أن جميع الذين يفشلون أو يتعرضون لموت أحد أقربائهم لا يصابون بمرض نفسي. وأكبر مثال على ذلك أن أفراد أسرة واحدة (من إخوة وأخوات)، إذا تعرضوا لنفس الصدمة في حياتهم (حرب، أو أب مدمن عنيف مثلاً)، يمكن لأحدهم أن يصبح مريضاً نفسياً، لكن الباقين يتجاوزون الصدمة دون تأثيرات سلبية خطيرة على حياتهم النفسية. وهذا الأمر يوضح بجلاء تعدد عوامل الأمراض النفسية وتشابكها. أما العوامل البيئية الأخرى فهي متعددة وترتبط بطريقة العيش (كون المجتمع يدفع بالشخص إلى الإدمان مثلاً)، أو المناخ (يبدو أن المرضى الفُصَاميين يولدون أكثر في الشتاء)، أو الثقافة (التخلف العقلي يمكن أن ينتج عن علاج تقليدي غير مناسب لمرض مُعْدٍ).

إن المرض النفسي، إذن، ينتج عن عدة عوامل. بيولوجية ونفسية واجتماعية. وهذا يفسر ضرورة تعدد أساليب المعالجة النفسية والمعالجة الاجتماعية.

الوقاية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور طه بعشر

توجد عدة أسباب للاضطرابات النفسية، فمنها الوراثة والعضوية والاجتماعية والنفسية. وفي منها قد لا تكون الأسباب واضحة تماماً.

وعندما نبحث عن طرق الوقاية، من المهم أن نذكر أنه في كثير من الحالات ربما يكون هناك أكثر من سبب واحد، وهذا ما يجب أخذه في الاعتبار عند معالجة هذه الأسباب.

وإلى جانب التقدم المستمر الذي حدث في معرفة طبيعة وأسباب الاضطرابات النفسية، فإن هناك اهتماماً متزايداً في اتخاذ الإجراءات المناسبة للارتقاء بمستوى الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية المختلفة التي تصيب الإنسان.

ومفهوم الوقاية– ووفقاً للعرف الطبي– من المناسب بحث هذا الموضوع في مستويات ثلاثة ، وهي الوقاية الأولية والوقاية الثانويَّة والوقاية الثالثَّة. وتشمل الوقاية الأولية **primary prevention** الإجراءات التي يمكن اتخاذها للسيطرة أو لخفض مسبة حدوث

incidence حالات مرضية معينة بين السكان الذين لا يعانون منها. وهناك أمثلة كثيرة مثل التمبع **immunization** ضد الأمراض المعدية التي تصيب خلايا الدماغ، وبالتالي تؤثر على العقل مثل التهاب السحايا، أو العناية الوقائية أثناء الحمل حتى لا يصاب الجنين بأمراض مثل الحميراء **rubella** (الحصبة الألمانية) التي قد تؤدي إلى تخلف عقلي.

أما الوقاية الثانوية **secondary prevention** فتتم بتشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية في الوقت المناسب ثم العمل على علاجها حتى يمكن السيطرة عليها وتخفيف أثرها إلى أدنى مستوى بين المتأثرين بها. مثال ذلك اكتشاف بعض الأعراض الجسمانية والنفسية بسبب اضطراب الغدة الدرقية لنقص في مادة اليود، وبالتالي تتخذ الإجراءات المناسبة علاجياً ووقائياً.

أما الوقاية الثالثة **tertiary prevention** فهي تتكون من الإجراءات التي يجب اتخاذها عند الإصابة بالمرض، وتهدف إلى السيطرة على الاضطرابات النفسية الناجمة عنه، والوقاية من تدهور حالة المريض نفسياً وجسمانياً واجتماعياً، وبمساعدة المريض وأسرته يتم التأهيل المناسب له لكي يعود إلى حالته الطبيعية.

وعند بحث التدبيرات الوقائية في المستويات الثلاثة المشار إليها آنفاً، فمن المناسب أن نشير إلى مراحل الحياة المختلفة بدءاً الرضاعة ثم الطفولة والصبا ثم الشباب فالشيخوخة.

الوقاية الأولية Primary prevention

ومما يجدر ذكره هنا أن عامل الوراثة قد يكون سبباً من الأسباب الرئيسية في بعض الاضطرابات النفسية. فإذا أخذنا مرض الفُصَام كمثال، نجد أن عامل الوراثة يشكل نحو **10%** إذا كان أحد الوالدين مصاباً به، ثم تزيد هذه النسبة إلى **40%** إذا كان الوالدان مصابين، وقد لا تظهر أعراض هذه الاضطرابات النفسية إلا إذا تعرض الشخص إلى مسببات أخرى يمكن أن تكون اجتماعية أو نفسية، وكل ذلك يستوجب الوقاية منها والعمل على تفاديها. ومن الأشياء الأساسية في طور الرضاعة والطفولة الاهتمام بالجوانب العاطفية والعضوية التي تكفل للطفل النمو الصحيح جسمانياً ونفسياً، ولابد من التأكيد هنا على أن صحة الطفل النفسية تنمو عن طريق الرباط العاطفي والحنان الأبوي، وهناك الحاجة إلى العناية والرعاية والتوجيه في أطوار الطفولة المختلفة، ويمكن للطبيب المشرف على صحة الأم أثناء الحمل والرضاعة والطفولة مساعدة الأبوين على الارتقاء بصحة المولود وتبصيرهما فيما يمكن عمله وقاية وعلاجاً.

وكما هو معروف، فإن الطفل أثناء نضجه يمر بمراحل متعددة، فهو يستطيع رفع رأسه من الوسادة في سن أربعة شهور، ويجلس في سن ستة شهور ثم يقف عندما عمره عاماً، ويمشي دون سند في ثمانية عشرة شهراً، ثم يبدأ التحكم في عملية التبرز والتبول، كما يكتسب القدرة على الكلام عند سن السنتين، ويطعم نفسه في سن الثالثة، وهكذا يستمر في النماء والنضوج. ويمكن للطبيب متابعة حالته وتشخيص الأسباب

والعمل على الوقاية والمعالجة. كما يمكن للطبيب أن يخفف الضغوط النفسية على الطفل نتيجة عدم فهم الوالدين لمراحل النمو الطبيعي للطفل.

أما في مراحل الدراسة فإن تنظيم برامج للصحة النفسية يساعد على تفهم المشاكل الاجتماعية والنفسية، وعلى تحسين البيئة المدرسية، وعلى تطوير الدور الذي يمكن أن يقوم به المدرس في الوقاية من الضغوط النفسية والعاطفية، والارتقاء بالعلاقات الاجتماعية، ونمو الشخصية.

وكذلك يمكن للطبيب أن يساعد في تحقيق الجو المناسب في بيئة العمل وفي ميادين الصناعة، الأمر الذي يخفف الضغوط النفسية والاجتماعية، وبالتالي يساعد في الوقاية من الاضطرابات النفسية.

كما أن هناك دوراً مهما للوقاية من الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة نظراً لحدوث التغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية، وهنا يجب مواجهة العوامل التي ربما تؤدي إلى زيادة هذه التغيرات مما يعرض المسن للإصابة باضطرابات الشيخوخة، ومن هذه العوامل مشكلة الإحالة إلى التقاعد والعزلة الاجتماعية، أو بُعد أفراد الأسرة أو وفاتهم. والمشكلة هنا تتجاوز حدود الوحدة الصحية لتشتمل محيط الأسرة خاصة والمجتمع عامة، وعليه لابد من مساعدة المسن في حدود ما تبقى له من قدرات جسدية ونفسية في تقبل ومواجهة الحياة الجديدة.

الوقاية الثانوية Secondary prevention

كما سبق ذكره فمن لمناسب بحث موضوع الوقاية الثانوية ابتداء من مرحلة الطفولة، حيث أن الاكتشاف المبكر لحالات الأطفال المصابين ببعض الأمراض المُعْدِيَة مثل التهابات الدماغ أو نقص الغذاء (مثل الكواشيوركور) والعمل على علاجهم سوف يجنبهم الكثير من المضاعفات التي تؤثر على حالتهم العقلية والنفسية.

ومن المجاملات المهمة التي يمكن أن يتم فيها اكتشاف حالات الاضطرابات العقلية والنفسية مبكراً إجراء الكشف الطبي على تلاميذ المدارس، فقد يصاب بعضهم باضطرابات نفسية نتيجة الفشل الدراسي أو لأسباب أسرية واجتماعية، وقد يعاني بعضهم من أسباب عضوية مثل ضعف النظر أو السمع. وقد يصاب بعض الأطفال باضطرابات الكلام، مثل حالات اللجلجة والتي تحتاج إلى التعرف على أسبابها والتأكد من أن الطفل المريض بها لا يعاني من أسباب عضوية في الجهاز العصبي وأجهزة الكلام والسمع ثم معالجتها نفسياً وتدريبه عملياً على النطق بالطريقة الصحيحة وإشراك الوالدين في علاج الطفل وتدريبه بطريقة صحيحة.

ثم هناك خطر استعمال الأدوية المنبهة والمخدرة بين الشباب، واكتشاف الحالات مبكراً سوف يساعد كثيراً في علاجها والوقاية من الإدمان عليها. وفي سياق التحدث عن تلاميذ المدارس والشباب فإن التعاون بين الطبيب ومرافق الصحة المدرسية ومجموعة المدرسين وخاصة

المشرفين على الطلاب سوف يسهم كثيراً في التعرف مشاكلهم واضطراباتهم النفسية وإيجاد المناسب لها قبل أن يستفحل أمرها.

وتدل الأبحاث التي أجريت على حالات المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية أن هناك نسبة هامة تصل إلى عشرين في المئة تعاني من اضطرابات نفسية، وفي استطاعة الممارس العام من ذوي التوجه الصحيح والمعرفة والمهارة القيام بفحص حالة المريض المصاب بالمرض لكي يتعرف على طبيعة هذه الأمراض منذ بداية ظهورها ثم يبادر في علاجها. ومما يجدر ذكره هنا أن بعض أعراض الاضطرابات النفسية ربما تبدو في صورة أعراض جسمانية، ومن جهة أخرى فإن بعض الاضطرابات العقلية والنفسية مثل حالات الاكتئاب قد تكون مضاعفات لمرض عضوي، ومن هنا كان لابد من تشخيص المرض أولاً ومبكراً ثم التصرف في أمر علاجها. ومن الخطأ صرف الأدوية المسكنة والمنومة مثل مركبات البتروديازبين دون التركيز على التعرف على طبيعة المرض مبكراً أو الاستعانة بذوي الخبرة المهنية، حيث إن الاستمرار في صرف مثل هذه الأدوية سوف يؤدي إلى الإدمان عليها وهذا ما يجب تجنبه والوقاية منه.

ومن الحالات الطارئة التي تمر على طبيب الوحدة الصحية والتي تستوجب التشخيص المبكر والعلاج الفوري حالات الانتحار، التي ترجع أسبابها إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب النفسي، وحالات الاضطرابات النفسية العضوية الحادة وما يصاحبها من هَذَيَان وأمراض

فُصَام الشخصية، ولوثة الهَوَس، والضغوط الاجتماعية والأمراض العضوية المستعصية، وفي هذه الحالات، وبعد الوقوف على حالة المريض لابد من إسعاف بدنياً ونفسياً، ورعايته اجتماعياً، وعمل الاحتياطات اللازمة، ثم تحويله إلى الطبيب النفسي للإشراف على علاجه.

الوقاية الثالثة Tertiary prevention

وهناك بعض الاضطرابات النفسية التي يمكن للممارس العام أن يساهم في السيطرة عليها ويحول دون تدهورها.. ففي حالات التخلف العقلي مثلاً يمكنه متابعة خطة المعالجة التي يقررها الطبيب النفسي، ويساعد في تطبيقها بعد الاكتشاف المبكر لها، ويكون بالتغذية المناسبة أو بإعطاء الأدوية الضرورية في حالة وجود مرض مصاحب للتخلف العقلي مثل الاختلاجات الصرعية أو الاضطرابات السلوكية أو العقلية. وفي الأساس فإن علاج التخلف العقلي هو عملية تأهيلية وتربوية تهدف إلى الارتقاء بالمستوى المعرفي والسلوكي والخلقي، وذلك يحتاج إلى تعاون كامل مع الأسرة والمؤسسات التربوية والتأهيلية.

وهناك حالات الاضطرابات النفسية مثل فُصام الشخصية التي تحتاج إلى مواصلة علاجها والحيلولة دون تدهور حالتها وتأهيلها التأهيل المناسب. وهنا لابد من التأكد من أن المريض يتعاطى الدواء الضروري لحالته مع التنسيق الكامل مع الاختصاصي بالطب النفسي، ومساعدة

هؤلاء المرضي في إطار الأسرة والمجتمع ومساندهم في إيجاد العمل المناسب لهم وفق حالتهم الصحية، والفرص المتاحة لهم.

ومشاكل الإدمان من الحالات التي يجب التصدي لها بغية حصرها والتغلب عليها وتأهيل المصابين بها، وهي مشكلة اجتماعية، ونفسية، وصحية، واقتصادية، وذلك يقتضي تضافر الجهود للسيطرة عليها والتحكم في الأدوية التي يؤدي إلى الإدمان، وعلاج المرضى وتأهيلهم. ويمكن للطبيب في إطار الفريق المعالج بالتعاون مع الأسرة والمتابعة المستمرة المساهمة في العلاج النفسي الفردي والجماعي وتعميق الواعز الديني والاجتماعي.

أعراض وعلامات الاضطرابات النفسية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تشمل أعراض **symptoms** الاضطراب النفسي كل التغيرات التي يشعر بها المريض ويبلغها للطبيب، بينما يقوم الطبيب من خلال الزيارة الطبية (المقابلة) **interview** النفسية باستخراج علامات **signs** الاضطراب النفسي عندما يفحص الحالة النفسية للمريض. ويتم التشخيص بضم الأعراض إلى العلامات في وحدة يطابقها الطبيب مع ما هو معروف من المتلازمات **syndromes** التي تشكل الاضطرابات النفسية**disorders**. وسوف نورد في هذا الفصل الأعراض والعلامات النفسية معاً كما نجدها في الوظائف النفسية الرئيسية عندما تضطرب لدى المرضى النفسيين. ولا يعتبر كل واحدة من تغيرات الوظائف النفسية التي نصفها هنا في حد ذاتها تشخيصاً، لأن كلاً منها يحدث في العديد من الاضطرابات. وعلى سبيل المثال فإن ضعف التركيز إذا شكى منه المريض يعتبر عرضاً. وإذا لاحظه الطبيب أثناء الفحص النفسي يعتبر علامة، وهو في الحالتين ليس تشخيصاً وإنما هو تغير مرضي يحدث في كثير من الاضطرابات النفسية مع مجموعه أخرى من التغيرات تميز الاضطرابات المختلفة بعضها عن بعض.

وهناك بعض الأعراض والعلامات التي تحمل نفس الاسم الذي يطلق على اضطرابات بأكملها التي تشمل تلك الأعراض والعلامات بين مكوناها الرئيسية، مثال ذلك (القلق) و(الاكتئاب)، لذا يجب تمييز استخدام هذه الكلمات عند الدلالة على أعراض وعلامات التغيرات الوجدانية التي نجدها في كثير من الاضطرابات النفسية عن استخدامها للإشارة إلى الاضطرابات المسماة بنفس الاسم، إذ يكون القلق أو الاكتئاب أعراضاً وعلامات رئيسية في متلازمة تشتمل على مكونات أخرى ضرورية لتشخيص «اضطراب القلق **anexiety disorder**» أو اضطراب الاكتئاب **depression disorder**».

ويتوقف تشخيص الاضطراب النفسي على وجود أعراض وعلامات المرض النفسي أكثر مما يتوقف على غياب علامات المرض الجسمي أو على سلبية نتائج الفحوص المخبرية، لذلك فإن معرفة الطبيب لهذه الأعراض والعلامات تكفي للوصول إلى التشخيص النفسي في أغلب الحالات المرضى النفسيين الذين يتعامل معهم الطبيب الممارس في عيادات الرعاية الأولية، وتقلل الحاجة إلى إجراء الفحوص.

الجَسْدَنة somatization

الجَسْدَنة هو التعبير عن الاضطراب النفسي بإعراض جسدية أي بدنية. وهذه أكثر الأعراض انتشاراً بين المرضى النفسيين وخاصة في المنطقة العربية. ويعزو كثير من المرضى هذه الأعراض إلى الأمراض

الجسمية بأعضاء الجسم المختلفة، وعلى الطبيب الذي يعالج هؤلاء المرضى أن يوضح لهم العلاقة بين النفس والجسم حتى يساعدهم على فهم الأصل النفسي لأعراضهم الجسمية بأسلوب سهل وأسئلة بسيطة يمكن للمرضى استيعابها. وإذا يشتمل تعليم الطبيب على تدريب كاف في الطب النفسي فإنه هو أيضاً يعزو هذه الأعراض الجسمية لمرضاه إلى الأمراض الجسمية، ويسعى في بحث دؤوب عن تلك الأمراض بالإفراط في الفحوص المخبرية دون ثمرة، كما أسلفنا. وقد يتساءل الدارس والممارس: لماذا تظهر الاضطرابات النفسية بأعراض جسدية بدلاً من ظهورها مباشرة في صورة أعراض اضطراب بالوظائف النفسية فقط كاضطراب الوجدان أو اضطراب السلوك؟ نجد الإجابة عن ذلك في نظرة أفراد المجتمع نحو هذين النوعين من الأعراض. ينظر الناس إلى الأعراض الجسدية على أنها خارجة عن إرادة الفرد فلا يلومه أحد على الشكوى منها. أما الأعراض النفسية المباشرة فإن كثيراً من الناس يعتبرونها دالة على ضعف الشخصية أو قلة الإيمان. ويتوقعون ممن يشكو منها أن يتحكم فيها، وأن يساعد نفسه بنفسه في التغلب عليها. كذلك يغزو البعض الأعراض السلوكية أو الوجدانية للمرضى إلى تأثير التسوق التي لا ندركها بحواسنا كالحسد والسحر، فيستشيرون من يتعامل مع هذه القوى بدلاً من استشارة الطبيب الذي ينحصر دوره في نظر العامة في البدن فقط، ويعتبر الجسدنة أقصر طريق إلى الطبيب.

من أعراض الجسدنة الشائعة الآلام والإحساس بالتوتر والضيق والرجفة، وأعراض اضطراب الجهاز العصبي المستقل، وأعراض توهم

المرض البدني والأعراض التحولية ، حيث يزداد التوتر في عضلات الجسم الإرادية في كثير من الاضطرابات النفسية، معبراً عن التوتر النفسي، مما يؤدي إلى الآلام بأجزاء مختلفة من الجسم، تختلف من فرد إلى آخر. فيشكو المريض من آلام بالرأس (صداع) أو بالظهر أو بالصدر أو بالأطراف، كما أنه يشكو من الشعور بالتعب أو الإنهاك، لأن الارتفاع في التوتر العضلي نوع من انقباض العضلات المستمر، يعقبه شعور بالتعب مثل الذي يحدث بعد المجهود العضلي رغم عدم قيام المريض: أي مجهود عضلي إرادي. ويعود الشعور بالتوتر والضيق الذي يغلب أن يشعر به المريض في صدره إلى زيادة توتر عضلات الصدر فيشعر المريض أن صدره أضيق من المعتاد فلا يكاد يتسع للهواء اللازم للتنفس المعتاد. لذلك يلجأ بعض المرضى إلى التنهد مراراً حتى يطمئنوا أن صدورهم يمكن أن تتسع لكل ما يستنشقون من هواء. وكلنا نعلم أن تكرار التنهد من علامات التوتر والضيق.

ويرجع تحديد الجزء من الجسم الذي يظهر به التوتر إلى ما يعتقده الناس عن ذلك الجزء أو العضو. فالصدر يمثل الحلم في سعته ويحوي القلب الذي يعتبر مركزاً للعواطف، والظهر يرمز إلى القوة والكفاءة (وخاصة القدرة الجنسية). كذلك فإن لكل فرد (نقطة ضعف) في جسمه بسبب العوامل الخلقية أو بسبب الأمراض العضوية السابقة. فمثلاً يؤدي اضطراب مفاصل وغضاريف العمود الفقري وما يصاحبه من آلام بالظهر إلى عودة آلام الظهر فيما يعد تعبيراً عن التوترات النفسية، دون عودة المرض الجسمي بالعمود الفقري، لأن ظهر المريض

أصبح البؤرة التي تجذب تفكيره وتحط عليها همومه. كما أن شكوى فرد في الأسرة من الآلام بأخذ أعضاء الجسم عندما يكون متوتراً نفسياً يلفت انتباه أعضاء الأسرة الآخرين إلى هذا العنصر كمخرج للتوتر.

وقد يؤدي الاضطراب النفس إلى ظهور التوتر بشكل رعاش tremorاليدين بسبب التغيرات المتلاحقة في توتر العضلات الإرادية. ويظهر ذلك بوضوح إذا شعر المريض أن الآخرين يلاحظونه وهو ممسك بكوب ماء أو عندما يصب الشاي للضيوف على سبيل المثال. ولكن هذه الرجفة تختفي أثناء النوم وعند الاسترخاء وتلاحظ أثناء حركة اليدين أو سكونهما. وقد يظهر الرعاش في الرأس أو في الصوت المتهدج أو في الشفتين مع الغضب أو الانفعال ويزول عندما يعود الفرد للهدوء.

أعراض اضطراب المجموع العصبي المستقل (الأوتونومي)

Autonomic nervous system

يؤدي التوتر النفسي إلى اضطراب وظائف المجموع المستقل autonomic nervous system يظهر ذلك في اضطراب وظائف الأعضاء التي يغذيها هذا الجهاز مثل العضلات اللاإرادية وبعض الغدد. ففي الجهاز الدوراني يحدث الخفقان ويرتفع الضغط الانقباضي، وفي الجهاز الهضمي يجف الحلق ويشعر المريض بعسر الهضم أو باضطراب التغوط كالإمساك أو الإسهال، وفي الجهاز التنفسي يزيد معدل التنفس، وفي الجلد يزداد العرق أو تضطرب الدورة الدموية الجلدية فيشعر

المريض بالبرودة أو الحرارة بدرجة لا تناسب درجة حرارة الجو، وفي الجهاز البولي تكثر مرات التبول، وفي الجهاز التناسلي يضعف الانتصاب أو يسرع القذف أو يعسر الجماع أو يتشنج المهبل. ولما كان المهاد thalamusمركزاً يسيطر على الجهاز العصبي إلى جانب سيطرته على جهاز الغدد الصماء فإن اضطراب وظيفة المهاد قد يؤدي إلى اضطراب وظائف الغدة الكظرية والغدة النخامية في حالات التوتر أو الاكتئاب النفسي وينشأ عن ذلك علامات مختبرية (معملية) خاصة باضطراب هرمونات تلك الغدد.

أعراض وعلامات مَرَاقِيَّة (توهم المرض البدني)

Hypochondriasis

يشكو المريض من الألم أو اضطراب الأحاسيس التي يعزوها إلى مرض عضو أو جهاز معين بالجسم، وينشغل بها إلى حد سيطرتها على فكره ومشاعره، وأحياناً تسيطر على حديثه أيضاً. ويعاني المريض من فرط الانشغال بصحته الجسمية، وقد يؤدي هذا الانشغال إلى اختلاف تكيف المريض في بيئته. وكثيراً ما تحدث هذه الأعراض بعد اطلاع الفرد على معلومات طبية من وسائل الاعلام المختلفة أو من مريض أصيب بمرض جسمي، وتكون الأعراض عادة مشابهة للأعراض التي علم بها الفرد من تلك المصادر. كذلك فإن هناك نوعاً من توهم المرض منشؤه إفراط الطبيب في الفحوص المخبرية بعد الشكاوى البدنية البسيطة

للمريض، واستزادته منها أو اللجوء إلى فحوص أدق كلما جاءت النتيجة سلبية فيتوهم المريض أن به مرضاً خفياً أو خطيراً لا يعرفه الأطباء. ويحدث أحياناً بعد وفاة أحد الأقارب أو الأصدقاء أن يتوهم الفرد أن لديه نفس المرض الذي أدى إلى موت المتوفى ويشكو من أعراض مشابهة لما كان يشكو منه المتوفى. ومن أكثر الأمراض البدنية التي يتوهمها المريض انتشاراً أمراض القلب والأمراض الخبيثة (السرطان) ومرض العوز المناعي المكتسب أو (الإيدز) ورُهَاب التشوهات البدنية. ويسيء المريض تأويل الأحاسيس العادية التي يشعر بها من أعضاء معينة في جسمه ليغذي انشغاله على صحة وسلامة هذه الأعضاء التي يركز عليها انتباهه وتفكيره، وكثيراً ما تفشل محاولة الآخرين في إقناعه بعدم وجود المرض الذي يتوهمه، ويتردد المريض عادة على كتير من أطباء الطب الجسمي رافضاً أي إشارة إلى المرض النفسي، لأنه يحمل في ذهنه صورة مريضة لجسمه لا لنفسه.

الأعراض البدنية التحويلية Conversion symptoms

سميت الأعراض البدنيه التحويلية conversion symptoms كذلك بناء على فرض يقول إن التوتر النفسي يتحول إلى عرض جسمي يمتص ما به من شحنة، فتقل شدة التوتر التي يشعر بها المريض أو يعبر عنها فيظهر المريض كما لو كان غير مبال بالعرض الجسمي الذي أصابه. تظهر الأعراض الجسمية التحويلية عادة في المجال

الحسي أو المجال الحركي الخاضع لإرادة المريض، كأن يفقد الإحساس في جزء من جسمه، أو يفقد القدرة على الإبصار آو السمع آو القدرة على إخراج صوته، أو تحريك طرف أو أكثر من أطراف الجسم، أو تهتز أجزاء من جسمه ويصاب بما يشبه الإغماء. وفي جميع الأحوال يكون نمط الأعراض البدنية متفقاً مع مفهوم المريض عن مرض العضو الذي يصيبه العرض، ولا يتفق مع ما هو معروف طبياً عن ذلك المرض. فالمريض الذي يفقد صوته في عرض تحويلي لا يحرك لسانه لأنه يعتقد أن اللسان هو أداة الكلام، بينما نعرف طبيباً أن الحنجرة هي عضو التصويت. لذلك فإن التشابه بين الأعراض التحويلية والأمراض العضوية التي يظن المريض أنه أصيب بها تشابه سطحي ويستطيع الطبيب الذي يدقق في استخراج السيرة المرضية الحالية للمرض والذي يقوم بالفحص السريري (الإكلينيكي) المعتاد أن يصل إلى التشخيص الصحيح دون الحاجة إلى إجراء فحوص مختبرية في غالبية المرضى الذين يشكون من أعراض بدنية تحويلية.

أعراض وعلامات تَشَتُت الانتباه

الانتباه **attention** هو توجيه النشاط العقلي إلى أمر معين. تظهر علامات الانتباه في وجه المريض وفي توجيه بصره إلى الأمر المقصود بالانتباه، وفي إنصات الفرد إلى حديث الآخرين، وفي متابعة الحديث دون تشتت. قد يشكو المريض من تشتت انتباهه عندما يحاول التركيز على ما

يقوم به من أعمال بالمترل أو العمل أو عند القراءة أو أثناء محادثة الآخرين حيث يصعب عليه متابعة ما بدأ حتى إكماله.

وقد يرجع تشتت الانتباه إلى مشتتات داخلية مثل الألم أو الخوف أو انشغال البال بأمور معينة، فيبدو المريض شارد الذهن أو (مشغول البال) . وقد يرجع تشتت الانتباه إلى مشتتات خارجية تسترعي انتباه الفرد واحد تلو الأخرى مثل أثاث الغرفة أو مظهر الآخرين أو صوت التليفزيون أو صوت أقدام من يمشي خارج الغرفة أو أوزان ورنين الكلمات دون معناها أثناء المقابلة. وتصعب إدامة انتباه الفرد أي تركيزه على موضوع الحديث ويصعب أن يخلص الفرد إلى المعاني التي يشملها الموضوع المراد الانتباه إليه بسبب تشتت الانتباه. ونجد أن كثيراً من الناس يعانون من ضعف تذكرهم للأشياء والأحداث ليس لديهم اضطراب أساسي في الذاكرة ولكن انتباههم مشتت وتركيزهم لا يدوم، فيؤدي إلى عدم إجادة تسجيل الأمور المقصودة بالانتباه والاستيعاب، فيصعب الاحتفاظ بها في الذاكرة، ويصعب استدعاؤها فيما بعد. ومن أمثلة ذلك الطالب القلق الذي يخاف الامتحان فينسى ما قرأ من دروس، وربة البيت المجهدة التي تنسى أين وضعت المفاتيح والأشياء الأخرى بالمترل.

أعراض وعلامات اختلال الإدراك

الإدراك perception

هو إعطاء معنى لما يقع تحت حواسنا. وبذلك يختلف الإدراك عن الإحساس الذي يقتصر على تلقي المنبهات الحسية بأعضاء الحس المختلفة دون الوصول إلى مدلولها أو معناها. فمن يسمع لغة أجنبية لا يعرفها لديه إحساس سمعي فقط دون إدراك لمعنى ما يسمع. ومن الاختلالات الشائعة للإدراك نشرح هنا الانخداع والهلاوس **hallucinations** ، ونكتفي بذكر الاختلالات الأخرى الأقل انتشاراً في الاضطرابات النفسية.

الانخداع illusion

هو إعطاء معنى خاطئ للمؤثرات الحسية التي تقع في مجال الحواس، بسبب عدم وضوح تلك المؤثرات أو بسبب الاستعداد النفسي للفرد لإدراك أشياء غير التي تقع تحت حواسه وإن كانت شبيهة بها. ومن الانخداعات التي نلاحظها لدى الأسوياء أن نرى شخصاً على مسافة بعيدة فنظن أنه شخص آخر لعدم وضوح الرؤية. ويعتبر السراب من الأمثلة الشائعة للانخداع لدى الأسوياء في البلاد الحارة، فيحسبه الظمآن ماء، لأن الظمأ يجعله مستعداً نفسياً لإدراك وجود الماء. وهناك أيضاً انخداعات إدراكية في مجال الحواس الأخرى كالسمع واللمس والشم والتذوق ترجع إلى نفس الأسس من استعداد الفرد وعدم وضوح المؤثر

الحسي. في الانخداع الإدراكي لدى الأسوياء يعلم الأفراد خطأهم ويقبلون تصحيحه، ولكن ذلك لا يحدث في الانخداع الإدراكي المرضي.

تحدث الانخداعات الإدراكية المرضية كلما زاد التوتر النفسي، حيث يعطي المريض دلالات ومعانٍ مخفية لما يسمع أو يرى من مؤثرات عادية. كما تحدث الانخداعات الإدراكية (وخاصة البصرية) في الأمراض والإصابات التي تضطرب فيها درجة إفاقة المريض في حالات الهذيان من التسمم أو نقص الأكسجين الوارد إلى المخ. ويظن المريض أن حركه الستائر مثلاً تخفي وراءها حيواناً أو شخصاً سيهاجمه، وأن أي صوت مفاجئ هو انفجار وأن الظلال هي أشباع ... وهكذا

الهلاوس hallucinations

إدراكات خاطئة دون وجود المؤثر الخاص بمحتوى تلك الإدراكات. وتعتبر الأحلام نوعاً طبيعياً من الهلاوس، لأنها إدراكات خاطئة ومحتواها غير حقيقي، ويعلم صاحب الحلم أن محتواه غير حقيقي. كذلك فهناك أشخاص أسوياء يدركون أشياء لا وجود لها قبيل بدء النوم وقبيل الإفاقة من النوم ويعلمون عدم حقيقة ما يدركون.

تحدث الهلاوس المرضية أثناء اليقظة وأكثرها انتشاراً الهلاوس السمعية والبصرية، ولكن هناك أيضاً هلاوس في المجالات الحسية الأخرى.

تحدث الهلاوس في الاضطرابات العقلية الذُّهانية العضوية (كالهَذَيان) وغير العضوية (كالفُصام) وتغلب الهلاوس البصرية في الأولى، والهلاوس السمعية في الثانية. وقد تكون الهلاوس بسيطة المحتوى مكونة من أصوات أو أضواء غير واضحة، أو تكون الهلاوس مفصلة ذات حيوية تشير المريض بحقيقتها فينضل بها ويتفاعل معها بالانتباه والمناقشة والتطلع، ويحمل ذكره في تأويل هذه الظواهر التي يخبر من حوله بأمرها ولا يستطيع الآخرون إدراكها.

أعراض أخرى لاختلال الإدراك

هناك أعراض وعلامات أخرى لاختلال الإدراك سوف يأتي تفصيلها في الفصول الخاصة بالاضطرابات النفسية التي تشيع فيها. ونذكر منها هنا إدراك الأشياء بحجم أكبر (رؤية ضخامية) **macropsia** أو أصغر (رؤية مستصغرة) **micropsia** من حجمها الحقيقي أو إدراكها بشكل مختلف (تشوه المرتبات) **metamorphopsia** عن الشكل الحقيقي، أو إدراك الفرد أن جسمه أو أجزاء منه قد تغير لونها أو مكانها أو حجمها أو هيئتها فأصبحت على غير حقيقتها المألوفة، أو أنه أصبح عديم المشاعر(تبدد الشخصية **depersonalization**). كما قد يدرك المريض أن الأشياء المحيطة به قد تبدلت هيئتها أو طبيعتها فأصبحت مخالفة لما كان يألف في سابق الأمر (تبدل إدراك الواقع أو الغربة عن الواقع **derealization**).

أعراض وعلامات اختلال الوجدان ..

الوجدانaffect

هو كل ما يوجد في النفس من مشاعر سواء كانت مرغوبة كالمودة والرحمة والسرور، أو غير مرغوبة كالخوف والغضب والحزن.

كتغير المشاعر الوجدانية وتختلف في نوعها وشدها ومدها حسب ظروف الحياة والمواقف التي تعرض للأسوياء. وتعرف المشاعر طويلة البقاء بالمزاج **mood** والمشاعر الموقفية المؤقتة بالانفعال **emotion** يعبر الإنسان عن وجدانه بوجهه وحديثه وسلوكه كما تتأثر به أعضاؤه الداخلية.ومن أكثر أعراض وعلامات اختلال الوجدان انتشاراً المزاج المكتئب ومزاج الشُماق ومزاج القلق والرُهَاب والهلع والهيوحية، وضحالة الوجدان وتقلقل الانفعال والتنافس الوجداني.

المزاج المكتئب depressed mood

هو الشعور بالهم أو عدم القدرة على الاستمتاع. وقليل من المرضى العرب يشكو بهذه الصورة المباشرة التي تشيع بين المرضى الغربيين، ويغلب على مرضانا التعبير غير المباشر أن المزاج المكتئب مثل

فقدان الاهتمام بما كان يهتم به المريض من ماء أم وعمل وهوايات وأصدقاء أو تواتر الأحلام عن الموت والموتى، أو البكاء عند تلقي كلمات المودة والعطف من الآخرين، أو تخفيف الهم بالبكاء، أو تمني البكاء الذي أصبح صعب المنال، أو الإفراط في تذكر الأخطاء والمساوئ الشخصية من الماضي، أو الشعور بالعجز حيال الحاضر، أو اليأس من المستقبل. فيجب على الطبيب أن يسأل المريض عن كل هذه الأمور، ليستخرج علامات المزاج المكتئب. نلاحظ هذا المزاج ليس فقط في اضطراب الاكتئاب، ولكن أيضاً في الأمراض البدنية والاضطرابات النفسية الأخرى حين يشعر المريض بآثارها السلبية على كفاءته وحياته.

مزاج الشُماق Elation

ويتسم بالتهيج العاطفي مع النشاط الجسمي، فإذا جاوز الابتهاج ما يقضي به الواقع يدعى بالشماق **clation**. حيث ينساق تفكير المريض عادة في اتجاه مزاجه، فيستخرج من حياته وسناته كل مميز ويتحدث عن عظيم قدراته ومعرفته، ويفرط في تقديم المودة أو النصح للآخرين ظناً منه أن ذلك يسعدهم، ولكنهم يشعرون أنه يتدخل في شؤونهم. كما تكثر النكتة والسجع والشعر والكناية والمداعبة في حديث المريض دون التزام بالقيود الاجتماعية للحديث، خاصة مع أفراد الجنس الآخر. ويتميز مرضى الهَوَس بهذا النوع من المزاج.

مزاج القلق anxiety والرُهاب phobia والهلع panic

يتميز مزاج القلق بما يتضمن من خوف يزيد على ما يخاف الأسوياء منه تحت نفس الظروف. وقد يكون القلق عاماً منتشراً بين جميع أحداث ما توقع. وقد يكون الخوف محدوداً ومقصوراً على أشياء أو موقف معينة فيسمى الرُهَاب، مثل ذلك الرهبة المفرطة من الأمور التي لا تثير في الأسوياء أكثر من الحرص، كرُهَاب الإصابة بالمرض، أو رُهَاب البعد عن منزل الأسرة، أو رُهَاب الساحة أو التواجد في شرفة مرتفعة أو في مكان مغلق (كالمصعد أو الطائرة)، أو رُهَاب التحدث مع الرؤساء أو في وجود جماعة من الناس، أو رُهَاب حساب القبر أو رُهَاب الحيوانات. في معظم هذه الأمور يخشى المريض سوء المصير كأن يفقد وعيه أو لا يجد من ينقذه أو يموت أو يعذب. والهَلَع نوبة تلقائية حادة من الخوف يظن فيها المريض أنه على وشك الموت أو فقدان السيطرة على نفسه.

ويظهر مزاج القلق والرُهَاب والهَلَع في الاضطرابات المعروفة بهذه الأسماء، كما يظهر في الاكتئاب والوسواس القهري وكثير من الاضطرابات النفسية الحادة.

وهناك نوع آخر من الرُهَاب ينشأ من شدة خوف المريض من فقد التحكم في اندفاعاته الشخصية مثل النزعة إلى العدوان أو إلى التصرف غير المقبول اجتماعياً، فيجنب الآلات الحادة حتى لا يؤذي بها نفسه أو غيره، أو يتجنب الاقتراب من النوافذ حتى لا يقلي بنفسه أو

بطفله منها، أو يتجنب مجالسة الآخرين حتى لا يأتي بعمل فاضح. وهذا النوع من الرُهَاب خاص باضطراب الوسواس القهري.

التهيجIrritability

هو سهولة الإثارة، حيث يصبح الغضب سريعاً شديداً كثير لأتفه الأسباب. ورغم أن هذا عرض رئيسي لاضطراب القلق النفسي، إلا أنه شائع أيضاً في اضطرابات الاكتئاب والهَوَس والوسواس والاضطراب النفسية الحادة.

ضحالة الوجدان (blunted) Shallow

في حالة ضحالة الوجدان تقل شدة المشاعر الوجدانية والتعبير عنها في المواقف التي تثير الحماس أو السرور أو الغضب أو الضيق أو المودة أو الهم أو الخوف. وفي الأحوال الشديدة تتفاقم ضحالة الوجدان إلى التبلد والخمول، وأكثر ما نلاحظ ضحالة الوجدان في الفُصاَم.

تقلقل الانفعالCmotional lability

يعتبر تقلقل الانفعال اختلالاً في المواقف يؤدي إلى الإفراط في شدة ومدة الانفعال بالضحك أو الكآبة. فالموقف الذي يثير الابتسامة

يؤدي إلى قهقهة لا تتوقف، والموقف الذي يثير الإشفاق يؤدي إلى بكاء متواصل، كما لو كان المريض غير قادر على وقف سيل انفعاله. نلاحظ هذه العلامة في المرضى المصابين باضطرابات عضوية بالمخ كما نلاحظها في المرضى بالهوس.

عدم تطابق الانفعال Incongruous emotion

قد يكون الانفعال غير مطابق لمحتوى تفكير أو سلوك المريض في بعض حالات الفُصَام، فيضحك المريض دون أن يمر بباله ما يضحك، ودون حدوث ما يضحك فيما حوله، أو يضحك عند الحديث عما يحزن. وكثيراً ما يلاحظ أهل المريض أنه يضحك دون سبب، ولكن يجب التحقق من أنه لم يتذكر شيئاً مضحكاً وأنه لم يقصد بضحكه السخرية من الآخرين أو التعبير عن الحرج مثلاً.

التناقض الوجداني Ambivalence

ينشأ التناقض الوجداني عندما يوجد لدى المريض قوتان وجدانيتان متساويتان في القوة ومتضادتان في الاتجاه. وينعكس ذلك في سلوك المريض حيث تزيل كل من القوتين الأخرى، فإذا كان هناك جنب يقدر البعض أو رغبة بقدر الرهبة فلن يتقدم المريض أو يتأخر ويظل جامداً، كذلك قد يؤدي التناقض الوجداني إلى اتباع المريض مسلكين

متضادين الواحد تلو الآخر، فيمد يده ثم يسحبها، أو يعطي ثم يأخذ، أو يفتح ثم يغلق. ونلاحظ هذه العلامة في مرضى الفُصَام.

أعراض وعلامات اختلال التفكير

التفكير هو النشاط العقلي الذي يحاول حل مشكلة. والمقصود بالمشكلة **problem** هنا أي أمر يسعى الفرد لتفهمه حتى يختار استجابته له. قد يختل مجرى التفكير**thought stream** في سرعته أو تماسكه أو بالدوران أو بالوطوب (المداومة) **perseveration**. وقد تختل هيئة التفكير **thought form** لضعف تجريده. وقد يختل محتوى التفكير **thought contents** بما يحمل من خيال أو وُهام أو وساوس. وفي جميع الأحوال نجد أن حديث المريض هو أفضل مرآة لتفكيره، ولذلك فإن جميع العلامات المرضية للتفكير يمكن استخراجها من المقابلة السريرية (الزيارة الإكلينيكية للطبيب).

التعجيل بسرعة التفكير**Thought acceleration**

يدل التعجيل بسرعة الحديث على التعجيل بسرعة التفكير، حيث تتلاحق العبارات وقد تتزاحم في صورة ضغط الحديث **pressure of talk**فيصعب إيقاف المريض عن الكلام لمراجعة بعض ما يقول، أو لتغيير موضوع الحديث. وفي بعض المرضى تتطاير الأفكار **flight of ideas**واحدة تلو الأخرى، يربطها ببعضها رباط سطحي ولكنه غير

منطقي يتوقف على منطوق الكلمات ووزنها، وليس على التسلسل المنطقي لمعانيها. ويسهل على المستمع التعرف على هذا الرباط السطحي الذي يكون عادة مضحكاً أو مسلياً. نلاحظ هذه العلامة في الاضطراب الهَوَسي.

تباطؤ التفكير Thought retardation

يتباطأ مجرى التفكير في بعض حالات الاكتئاب أو الخَرَف. نلاحظ تطاول الفترة التي يحتاجها المريض للرد على الأسئلة، حتى البسيطة منها. كما أن حديثه مقتضب، قليل التفاصيل، يندر أن يكون تلقائياً. وفي بعض مرضى الفُصَام يتوقف مجرى التفكير تماماً (إحصار التفكير) **thought block** ولا يستطيع المريض مواصلة ما بدأ لزوال كل شيء من تفكيره. وتختلف هذه العلامة عن ضعف التركيز، حيث يتشتت انتباه المريض من فكرة إلى أخرى تحل محلها، ولكن المريض الذي يتوقف تفكيره يشعر بفراغ الذهن التام في فترة التوقف ولا يستطيع الاستدراك.

عدم تناسق التفكير Incoherence

في هذه العلامة لا تتماسك أجزاء الحديث بأربطة منطقية أو بأربطة سطحية، (كما يحدث في تَشَتُّت الأفكار) فيبدو حديث المريض

مفككاً، ولا يمكن متابعته، لأن المريض ينتقل من موضوع إلى آخر في تفرعات لا يفهمها من حوله، تحيد بحديثه بعيداً عن الموضوع الذي بدأ به الحديث والذي يزداد بعده عنه كلما أطرد حديثه. تظهر هذه العلامة في الفُصَام وفي الهَوَس الشديد.

دوران التفكير Circurnstantiality

في دوران التفكير حول الموضوع يجول المريض كثيراً في المقدمات والمداخيل الطويلة قبل أن يصل إلى (صلب الموضوع)، فيكون حديثه طويلاً ولكنه يصل بعد طول المسيرة إلى غاية الحديث. هناك بعض الأسوياء من كبار السن وأهل الريف الذين يفكرون ويتحدثون بهذه الطريقة، لأنهم لم يتعودوا الاقتضاب أو الحديث المباشر. ويزيد دوران التفكير في حالات الخَرَف والفُصَام والصرع.

مواظبة (مداومة) التفكير perseveration

في بعض حالات الخَرَف لا يستطيع المريض نقل حديثه من موضوع إلى آخر، فيستمر في موضوعه الأول رغم محاولة الآخرين مناقشته في موضوعات أخرى، وهذا ما يعرف مواظبة التفكير حيث يواظب المريض على ترديد نفس الألفاظ أو الاسترسال في نفس الموضوع.

ضعف التجريد Poor abstraction

يظهر ضعف التجريد في التفكير عندما تصبح العبارات التي يسمعها أو يقرأها المريض مجرد ألفاظ لا يستنبط منها معانٍ أو أفكار، فتعرف الأشياء مثلاً بصفتها المادية لا بوظائفها أو تدل عليه من معانٍ. فلا يستطيع المريض استنباط ما تدل عليه الأمثلة مثل (عصفور في اليد خير من عشرة على الشجرة)، فقد يقول إن هذا المثال يحبذ أن تمسك العصفور بيدك. وإذا سئل المريض عن أوجه الشبه بين الموز والبرتقال مثلاً قد لا يتعدى ذلك قوله إن كليهما أصفر دون استنباط الصفة المشتركة وهي أن كليهما فاكهة.

كذلك يصعب على المريض تجريد المعنى مما يدرس أو من القصص التي يقرأها أو النكتة التي يسمعها أو الكاريكاتير الذي يشاهده. نلاحظ ضعف التجريد في حالات التخلف العقلي والفُصَام والخَرَف.

الخيال fantasy

الخيال نوع من التفكير يخرج عن الواقع الذي نعيش فيه. ورغم أن الخيال تفكير طبيعي إلا أن الإسراف فيه يضيع الجهد والوقت اللازم للتفكير الواقعي في أمور الحياة. وكلما كثر الإحباط في حياة الإنسان عوض ذلك بالإكثار من أحلام اليقظة **day-dreams** التي تعتبر تفكيراً خيالياً يتخيل فيه ما لم يتحقق في الواقع. يزيد هذا النوع من الخيال لدى

المراهقين والأفراد الذّاتويين **autostics**. أما في الذُهان **psychosis** فإن التفكير الخيالي يأخذ مكان التفكير الواقعي، فيفقد المريض ارتباط بالواقع ويعيش في عالم خاص من أفكاره الخيالية التي لا علاقة لها بالواقع.

الوُهام (الضلال) delusion

الوُهَام، اعتقاد خاطئ لا يمكن تصحيحه بالمناقشة، ولا يتفق وخلفية المريض الثقافية والاجتماعية ويجب أن نفرض الوُهَام كعلامة مرضية تدل على الذُهَان عن المعتقدات السائدة في المجتمع التي يعتبرها أفراد المجتمعات الأخرى خاطئة. فلا يمكن أن نصف بالوُهَام من يعتقد أن هناك من يسعى إلى قتله إذا كان يعيش في مجتمع ينتشر فيه الثأر وتحققنا من أهله أن ذلك أمر وارد بالنسبة له.

ومن أكثر الأوهام انتشاراً ،الاضطهاد **persecution**، حيث يعتقد المريض أن آخرين يسعون لإيذائه كما يحدث في الفُصَام، ووُهَام العظمة **delusion of grandeur**، حيث يعتقد المريض أنه كبير المقام أو عظيم القوى شامل المعارف كما يحدث في الهَوَس، ووُهَام السرقة والخَرَف حيث يعتقد المريض أن أشياء قد سرقت من منزله بينما هو الذي نسى أين وضعها.

الاجترارات الوسواسية Obessional ruminations

تتميز الاجترارات الوسواسية **Obessional ruminations** بتوارد أفكار لا يقبلها المريض الوسواسي ولكنها ترد في تفكيره رغماً عنه، وتتكرر بإلحاح حتى ولو قاوم المريض اجترارها.

وكثيراً ما يستسلم المريض ويكف عن المقاومة هذه الأفكار رغم عدم رضاه عنها، فينفد محتواها حتى يحصل على بعض الراحة. مثال ذلك وسواس التفكير في النجاسة الذي يؤدي إلى كثرة الاغتسال، ووسواس الشك **folie de doute** في قفل الأبواب أو الصنابير الذي يؤدي إلى فحصها عدة مرات للتحقق من قفلها.

أعراض وعلامات اختلال الذاكرة

تعتمد الذاكرة على تسجيل المعلومات ثم الاحتفاظ بها إلى حين الضرورة لتذكرها بالاستدعاء (الاستذكار) **recall** أو التعرف **recognition**. وتضطرب الذاكرة إذا كان التسجيل رديئاً كما يحدث في اختلال الانتباه، أو بسبب ضعف القدرة على الإدراك أو التجريد. قد يكون اختلال الذاكرة مستمراً أو على شكل فجوة في الذاكرة.

ويختلف اختلاف الذاكرة المرضي، كما يحدث في الخَرَف، عن النسيان لدى الأسوياء من المسنين في أنه نسيان لأحداث بأكملها وليس للتفاصيل فقط. وهو منتشر في جميع الظروف، ومستمر في كل الأوقات،

ولا يمكن مساعدة المريض على تذكر ما نسي، بينما يستجيب الأسوياء للمؤشرات التي تساعدهم على التذكر. كذلك فإن المريض قد يعوض ما نسي بالتزييف **falisification** أو التخريفات **confabulation** وهذا ما لا يفعله الأسوياء. ويتناول النسيان المرضي الأحداث القريبة في بادئ الأمر، إلا أنه يصبح شاملاً بمرور الوقت الذي يحيل الأحداث القريبة إلى أحداث بعيدة، ومع تقدم المرض الذي يزيل المزيد من تسجيلات الذاكرة.

وقد تحدث فجوات الذاكرة **memory gaps** بمؤثرات عضوية كإصابات المخ، حيث تمتد الفجوة إلى ما قبل وما بعد حادث الإصابة لفترات تختلف حسب شدة الإصابة وفترة الفقدان الكامل للوعي في فترة الفجوة العضوية بالذاكرة تتعطل أو تضطرب جميع الوظائف النفسية، كالانتباه والإدراك والتفكير، ويفقد الفرد ارتباطه بالواقع فلا يستطيع حماية نفسه، ولا يطلب الطعام ولا يهتدي إلى الزمان والمكان والأشخاص من حوله، وقد يبول أو يتغوط في غير الأماكن المخصصة لذلك. أما فجوات الذاكرة ذات المنشأ النفسي فإنها تعقب الإجهاد النفسي ذي التأثير الصادم الذي يهز كيان الفرد أو كرامته أو مكانته بين الآخرين، ويتظاهر بالانشقاق (التفارق) في الذاكرة **dissociated memory** الذي يصل إلى زوالها، بينما تظل وظائفه النفسية الأخرى في حالة طبيعية، فهو ينتبه إلى ما حوله ويدرك بيئته على حقيقتها ويتحدث إلى الآخرين فيما يحدثونه ويحافظ على سلامته ومأكله ونظافته أثناء الفترة التي يشعر أنه لا يتذكر شيئاً عنها. ولذلك تساعد

ملاحظة الآخرين للمريض وتفاصيل السوابق المرضية على تمييز هذا النوع من فجوة الذاكرة عن فجوات الذاكرة العضوية المنشأ.

اختلال الاهتداء إلى الزمان والمكان والأشخاص

Disorientation for time, Place and persons

كلنا نعلم الوقت والتاريخ واليوم الذي نعيش فيه وأين نكون ومع من نتعامل. ويختل هذا الاهتداء إلى الزمان والمكان والأشخاص **disorientation for time, Place and persons** في الاضطرابات العضوية للمخ (وخاصة الاضطرابات الحادة) حيث لا يستطيع المريض أن يعرف الوقت، فقد يظن أنه في المساء وهو في الصباح، ولا يعي أنه في مستشفى، ولا يعرف الأشخاص الذين يجب أن يعرفهم، فلا يعرف الممرضة من زيها وقد لا يعرف أهله. يبدأ هذا الاختلال عادة في مجال الاهتداء إلى الزمان، ثم يعقبه اختلال الاهتداء إلى المكان والأشخاص مع اشتداد المرض.

اختلال النشاط الحركي Motor activity disturbance

قد يختل النشاط الحركي بالزيادة على هيئة تململ أو هياج، أو بالنقص في صورة التباطؤ أو الذهول، أو تحدث نشاطات حركية غريبة في

قسمات الوجه أو بالتصنع**mannerism** ، أو النمطية **stereotypy**، أو المعاندة **negativism**، أو بطء الحركة.

التململ **restlessness** والهياج **excitement**

يظهر التململ restlessness في تكرار أجزاء الجسم كله دون هدف كمخرج للتوتر والضيق. ونلاحظ هذه العلامة في القلق والاكتئاب وكثير من الاضطرابات النفيسة الحادة. وقد يصل ذلك إلى حد الهياج excitement حيث يؤدي النشاط الحركي المفرط إلى إيذاء المريض لغيره من الأشخاص والأشياء أو إيذائه لنفسه.

تباطؤ الحركة **motor retardation** والذهول **stupor**

نلاحظ تباطؤ الحركة motor retardation في الاضطرابات التي يحدث بها تباطؤ التفكير وفي الحالات الشديدة يتافقم التباطؤ إلى حالة من الذهول stupor أو الدهشة حيث يتوقف النشاط التفكيري والحركي تقريباً، رغم أن عيني المريض منتبهان وأن إفاقته كاملة. يحدث هذا الذهول النفسي في بعض الحالات الشديدة للفُصَام والاكتئاب والانشقاق (التفارق) dissociation.

النشاط الحركي غير الطبيعي Abnormal motor activity

يأخذ النشاط الحركي غير الطبيعي صوره حركات غريبة. قد يؤدي ذلك إلى حركة انقلاب قسمات الوجه (التكشير) **grimaces** أو اتباع أسلوب التصنع **mannerism** في أداء النشاط الحركي الهادف المعتاد، كأن يتبع المريض أسلوباً غريباً في مشيته أو في تناول الأشياء. كما قد يظهر النشاط الحركي الشاذ في نمطية **stereotypy** الحركات التي تتكرر بنفس الطريقة أو نفس القالب دون أن تؤدي هدفاً. وقد يرفض المريض القيام بما يطلب منه القيام به أو يقوم بخلافه أو نقيضه فيما يعرف بالمعاندة **negativism**. كذلك قد يحاكي المريض حركة الآخرين أمامه فيما يعرف بالأداء الصَّدَوي **echopraxia**. ويعتبر الفُصَام أهم مرض نلاحظ فيه جميع هذه الأنواع من النشاط الحركي غير الطبيعي.

أعراض وعلامات اختلال الحكم على الأمور

يختل حكم المرضي على ما يحيط بهم من أحداث وأشياء في الاضطرابات الذُهَانية والتخلف العقلي بسبب عدم ارتباطهم بالواقع الذي يعيشون فيه. يخطئ المريض في تقديره لما يحدث في بيئته، فلا يستطيع الحكم على خطورة موقف أو احتياط ضروري. وتختل قدرته على ربط الأسباب بالنتائج، فلا يستطيع توقع النتائج كما يتوقعها الأسوياء في أي موقف يعرضون له، ولذلك فإن هؤلاء المرضى غير قادرين على تدبير وتصريف شؤونهم بأنفسهم، وكثيراً ما يخطئون في حكمهم على أنفسهم

وعلى حالتهم الصحية، حيث تغيب بصيرتهم insight بسبب وجود المرض لديهم، ولا يقبلون حكم الآخرين عليهم بأن لديهم مرض نفسي، فيرفضون العلاج لقلة بصيرتهم في أمورهم الصحية.

التدَرجُ في التشخيص التفريقي

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تتداخل معظم الأعراض النفسية ضمن الأمراض العضوية وأمراض الطب النفسي. فقد تظهر كل أعراض الاكتئاب أو الهوس مع قصور الدرقية أو فرط نشاط الكظر، وقد تطغى أعراض القلق على أعراض نقص سكر الدم أو ورم القوائم **pheochromocytoma** أو تدلي الصمام الميترالي **mitral valve prolapse**، أو يصاحب الأمراض الروماتزمية أو الصرع أعراض ذُهَانية أو وُهَامية،

بل إن كثيراً من اضطرابات الاستقلاب (الأبيض) **metabolism**، مثل فشل الكلية أو الكبد أو القلب أو الرئة تبدأ بالأعراض النفسية وتصل أحياناً إلى مرحلة الهذيان من هياج وهلاوس واضطراب الذاكرة. ولذا كان على الطبيب أو الممارس العام أن يلم بنظام يتبعه حتى لا يفوته التشخيص الصحيح، وقد وجد أن هذا النظام يتدرج بدءاً بالأمراض العضوية وينتهي باضطرابات الشخصية.

1- الأمراض العضوية Organic diseases

يجب أخذ السيرة والسوابق المرضية (التاريخ) بالشكل الوافي من المريض، وفحصه جسدياً بحثاً عن مرض عضوي organic diseases وسؤاله عن أي أمراض عضوية سابقة، حتى إذا كانت شكواه أساساً من أعراض نفسية، فحالة الهذيان مثلاً قد تكون ثانوية لنقص الأكسجين سواء من مرض في الرئة أو القلب، أو ثانوية لاستعمال الأدوية المختلفة التي تستعمل في الرعاية المركزة أو في علاج الأمراض الخبيثة، أو بعد استعمال المواد الكحولية أو المخدرة. وقد يأتي المريض في حالة هياج أو هوس أو توتر أو هلاوس سمعية وبصرية، أو ضلالات وخيالات، ويتخلل ذلك تشوش في الوعي وفي صرفة الزمان والمكان، وهذه الأعراض الأخيرة تميز بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية التي عادة ما يكون الوعي فيها في حالة سوية، وبالطبع سيتجه العلاج إلى السبب الأولي.

2- الفُصَام schizophrenia والعُصَاب الوُهَامي (الضّلالي) Delusional neurosis

قد تبدأ هذه الأمراض بأعراض القلق، والتوتر، والاكتئاب، والهوس، والوسواس، والانعزال وتوهم المرض. ولذا يجب البحث عن الاضطرابات في الإدراك من هلاوس ووهام (ضلال)، أو اضطرابات التفكير، والتدهور في الدراسة أو العمل، وتغير الشخصية، حتى لا تشخص هذه الحالة وكأنها من الاضطرابات التي تليها.

3- اضطرابات المزاج (الوجدان) Mood (affective) disorders

يصاحب هذه الاضطرابات أعراض عُصَابية مثل القلق، التوتر، النزق، الهبوط الحركي، النشاط الزائد، الوساوس القهرية، الإعياء النفسي، ولكل منها علاج مختلف، ولذا يجب التأكد من استبعاد هذا الاضطراب أولاً، خاصة أن اضطرابات المزاج قد تكون مستترة أو مقنعة تحت غطاء الأعراض النفسية.

4- الاضطرابات العصابية والانفعالية التالية للكرب

Post-stress neurotic and emotional disorders

وكما ذكرنا سابقاً يحتمل أن تظهر هذه الأعراض مع الأمراض العضوية، أو اضطرابات الفُصَام أو اضطرابات المزاج، فإن لم تكن ثانوية للمتلازمات السابقة، فهنا تستطيع التشخيص أنها اضطراب عصابي أولي، فمثلاً العصاب المراقي (توهم المرض، hypochondrial neurosis أي الشكوى من أعراض بدنية دون وجود علامات أو مرض عضوي)، يحتمل أن تكون مصاحبة لمرض عضوي مثل تصلب شرايين المخ أو الصرع. وقد تكون ثانوية لمرض الفُصَام أو الاكتئاب أو الهَوَس، إلى جانب احتمال أن تكون اضطرابا عصابياً أولياً.

5- اضطرابات الشخصية Disorders of personality

إذا كان الشخص يعاني من أعراض مختلفة، واستبعدنا المجموعات الأربعة السابقة، وكان الاضطراب منذ الطفولة أو المراهقة مع الصعوبة

في التكيف مع المجتمع والعمل والأسرة، وسلوك مخالف لتقاليد المجتمع، فإن التشخيص يكون متواكباً مع اضطرابات الشخصية، مثل الشخصية القانونية **autistic**، أو الاكتئابية، أو القهرية، أو الهيستيرية ... إلخ.

ونلاحظ في هذا التدرج قيمة التشخيص التفريقي، حيث تشترك الأعراض العصابية والذُهَانية في كل هذه المتلازمات، ويجب أن يكون التشخيص والعلاج تابعاً من هذا التدرج.

وفي الحالات المختلطة الأعراض يكون التشخيص هو الاضطراب الأسبق في هذا التدرج، رغم ما يشوبه من أعراض اضطرابات تالية في التدرج. فإذا كان لدى المريض أعراض فُصَامية وأعراض مزاجية يكون التشخيص اضطراباً فُصَامياً تشوبه أعراض مزاجية، ولا يجوز أن يكون التشخيص في هذه الحالة اضطراباً وجدانياً تشوبه أعراض فُصَامية، لأن اضطرابات الفُصَام تسبق اضطرابات المزاج في التدرج التشخيصي.

الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة

الأستاذة الدكتورة أميرة جمال سيف الدين

الأستاذة الدكتورة سهام راشد

الأستاذة الدكتور عبد المجيد الخليدي

يشكل الأطفال الذين لم تتجاوز أعمارهم 15 عاماً، في معظم دول المنطقة العربية حوالي 40% من السكان. والاهتمام بالمشاكل النفسية للطفل (وبالذات الطفل العربي)، غير متوافر، ويرجع السبب غالباً إلى الاهتمام بالجزء العضوي فقط من جهة، ومن جهة أخرى إلى عدم اللجوء للطب النفسي، لأنه يعتبر وصمة.

تعتبر المشاكل النفسية في سن الطفولة والمراهقة كثيرة، وبعض منها مميز لهذه المرحلة العمرية، مثل التخلف العقلي وبعض المشاكل السلوكية، والبعض الآخر تكون العوامل الاجتماعية فيه ذات أثر على الحالة النفسية للطفل، مثل صعوبات التعلم في المدارس، حيث إن الطفل في حالة نمو جسدي ونفسي وطرق التعامل السليمة مع الطفل من أهم المؤشرات التي تساعد في التغلب على الأزمات النفسية خلال هذه المرحلة العمرية.

يمكن تقسيم الاضطرابات النفسية التي تواجه الطفل والمراهق كالتالي:

1- اضطرابات معرفية **cognitive**: التخلف العقلي.

2- اضطرابات سلوكية **behavioral**: التبول اللاإرادي، النشاط الزائد، تشتت الانتباه، الجنوح.

3- اضطرابات انفعالية **emotional**: القلق والاكتئاب والوُهَاب.

4- اضطرابات النماء **development**: صعوبة التعلم.

أولاً: الاضطرابات المعرفية Cognitive disorders

التخلف العقلي Mental retardation

هو أداء ذهني أقل من المتوسط بكثير، بالإضافة إلى خلل ملحوظ في قدرة الشخص على التركيز مع المتطلبات اليومية للبيئة الاجتماعية.

صفات المتخلف عقلياً

- بطء في الاستجابة.
- عدم القدرة على الفهم السريع.

- عدم القدرة على اتخاذ القرار.
- صعوبة في التركيز.
- يبدو سريع الملل.
- صعوبة في التآزر الحركي.
- صعوبة في التذكر.
- تسهل إثارة في بعض الأحيان.
- تأخر في النمو.
- في أثناء الدراسة يبدو مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل.

كيفية قياس التخلف العقلي

يقاس التخلف العقلي بعمل اختبارات ذكاء وقياس حاصل الذكاء (I.Q.) كالتالي:

حاصل الذكاء = العمر العقلي / العمر الزمني × 100

ويساوي حاصل الذكاء للطفل العادي من 90 إلى 110، ولبطيئي الفهم من 70 إلى 90.

والأطفال بطيؤو الفهم يستمرون في المدارس العادية، ولا يحولون إلى مدارس خاصة للتخلف العقلي (المدارس الخاصة بالمعوقين). إلا إنهم يحتاجون إلى رعاية خاصة في المدارس العادية، حيث إن إمكانيتهم في التحصيل والتعلم تكون محدودة، ودائماً يحتاجون إلى مساعدة للفهم حتى لا يصابوا بالإحباط **frustration** نتيجة لعدم قدرتهم على مجاراة باقي تلاميذ الصف في الدراسة وحتى لا يصابوا بأمراض نفسية نتيجة لهذا الإحباط.

ما درجات التخلف العقلي؟

يصنف التخلف العقلي حسب التصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية إلى أربع مجموعات، حسب نتيجة اختبار الذكاء:

- تخلف عميق **profound**: حاصل الذكاء (**0–19**).
- تخلف شديد **severe**: حاصل الذكاء (**20–34**).
- تخلف متوسط **moderate**: حاصل الذكاء (**35–49**).
- تخلف بسيط **mild**: حاصل الذكاء (**50–70**).

وهناك فروق بين فئات التخلف العقلي وهي موضحة في الجدول التوضيحي المرفق:

ما أسباب التخلف العقلي.

أسباب التخلف العقلي عديدة، ونسبة كبيرة منها قابلة للوقاية والعلاج المبكِّر، ويمكن تجميعها إلى:

أـ أسباب أثناء الحمل:

– إصابة الأم الحامل خلال الشهور الأولى من الحمل بأي من الأمراض المعدية التي تؤثر على درجات التخلق العقلي

درجة التخلف	تخلف بسيط	تخلف متوسط	تخلف شديد	تخلف عميق
النسبة الكلية من المصابين بالتخلف العقلي	%80	%12	%7	%1
حاصل الذكاء	50–70 قابل للتعلم في مدارس	35–39 يمكن أن يتعلم في	20–34 غير قابل للتعلم في	أقل من 20 غير قابل للتعلم في

	متخصصة (التأهيل الفكري)	مدارس متخصصة (التأهيل الفكري)	المدارس	المدارس
في مرحلة قبل المدرسة	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية ي سن ما قبل المدرسة	يستطيع الكلام والاتصال بمن حوله لكن بدرجة أقل من أقرانه في نفس السن	توجد دلائل واضحة على تأخر النمو الحركي وبعض التأخر في الكلام	النمو بطيء جداً في الجهاز الحركي والحسي
في مرحلة السن المدرسي	لا يفترق كثيراً عن الأطفال الآخرين في نفس السن ماعدا قدرته على التحصيل	يستطيع الاستفادة من التدريب في المدرسة ويستطيع اكتساب بعض المهارات في	يمكن تعليمه الكلام ويستطيع تعلم مبادئ النظافة والصحة	النمو الحركي يستمر ويمكن أن يستجيب لبعض التعليمات من النظافة

	فهي لا تزيد على نهاية المرحلة الابتدائية	العمل		الشخصية
في الكبر	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية بسهولة وبعض الأعمال الحرفية	تحصيله الدراسي لا يتعدى الصف الثاني الابتدائي- يستطيع الاعتماد على النفس مع القدرة على أداء بعض الأعمال التي لا تحتاج إلى مهارات في العمل	يستطيع أداء بعض الأعمال البسيطة لكن تحت إشراف مباشر	العناية بالنظافة الشخصية يمكن أن يكتسبها لكن في حدود بسيطة
عند التعرض	يمكن أن يحتاج إلى	دائماً في حاجة إلى	مراقبة دائمة	تحت رعاية خاصة

للضغوط	إرشاد وتوجيه	إرشاد وتوجيه		

الجنين مثل الحصبة الألمانية والزهري **syphilis**، وفي بعض الأحوال النادرة قد ينتج التخلف العقلي أيضاً عن داء المقوَّسات **toxoplasmosis**.

– تعاطي الأم الحامل بعض الأدوية مثل المضادات الحيوية والمهدئات الصغرى خاصة في الأشهر الأولى للحمل.

– التعرض للأشعة السينية **X-rays**.

– الهزال الشديد للأم الحامل نتيجة النقص الغذائي الشديد وسوء التغذية. وقد وجد أن ثلاثة أرباع المواليد القليلي الوزن والذين لديهم تأخر أثناء النمو لهم علاقة وثيقة بسوء التغذية للأم أثناء الحمل.

– نقص اليود في الأم الحامل.

– تعاطي الأم للكحول (المُسْكِرات).

– إصابة الأم وحدوث نزيف.

بـ أسباب أثناء الولادة

– إصابة في الرأس أثناء الولادة (مثل استخدام المِلْقَط **forceps** عند الولادة).

– الولادة المتعسرة الطويلة.

– اختناق للطفل أثناء الولادة نتيجة التفاف الحبل السري حول الرقبة، أو تأخر في التنفس مع ازرقاق بعد الولادة مباشرة.

جـ أسباب تصيب الطفل بعد الولادة

– الحرارة المرتفعة لمدة طويلة والمصاحبة بنوبات اختلاجات عصبية **convulsions**.

– الإصابة ببعض الأمراض مثل التهاب السحايا **complications** هذه الأمراض من أسباب التخلف العقلي.

– حالات سوء التغذية الشديدة التي تؤدي إلى ضياع السوائل والأيونات (التجفاف) **dehydration** نتيجة الإسهال المتكرر، وينتج عنها اختلال شديد في توازن الكهارل **electrolytes**.

– الإصابة بالرأس نتيجة الحوادث.

د- الأسباب الوراثية

– شذوذ الصبغيات وذلك أكثر حدوثا في حالة إنجاب أطفال من أم عمرها يقل عن 18 عاماً أو يزيد عن 35 عاماً.

– اضطرابات الجين الواحد: إن كثيراً من أمراض الجين الواحد معروفة عند الإنسان وينجم عن عدد كبير منها التخلف العقلي. وكثير من هذه الحالات متنحية **recessive** بالرغم من أن كل حالة على حدة تعد نادرة الحدوث. وعلى سبيل المثال إن بيلة الفنيل كتيون **phenylketonuria** تعتبر مثلاً جيداً لحالة يمكن أن يؤدي العلاج الغذائي السليم فيها إلى منع حدوث الآثار الضارة، بالرغم من أن مثل هذا العلاج مرتفع التكلفة ويحتاج إلى مستوى عال من الرعاية الصحية. كذلك يعد قصور الدرقية الوراثي سبباً مهما من أسباب التخلف العقلي في البلدان المتقدمة. ويحتمل أن يكون ذلك صحيحاً أيضاً في البلدان النامية، غير أن هذه الحالة يمكن علاجها بتكلفة بسيطة نسبياً إذا شخصت عند الولادة أو في شهور العمر الأولى.

– عدم توافق النمط الجيني **gentotype** للأم والطفل: إن الاضطراب الوحيد في هذا النوع الذي يتسم بأهمية عملية هو التمنيع الإسوي بعامل الراهاء **Rh iso-immunization**. وتحدث هذه الحالة عندما تحمل أم ذات عامل راهاء **Rh** سالب جينياً ذا عامل **Rh** موجب، وقد يحدث التخلف العقلي نتيجة تلف بنسيج الدماغ.

هـ الحرمان الاجتماعي المفرط

يصحب غياب التنبيه الاجتماعي **social stimulation** درجات خفيفة من التخلف العقلي (حاصل ذكاء **50–70**). وقد يؤدي

الحرمان الاجتماعي المفرط. ولا سيما إذا اشتمل على انعزال اجتماعي طويل الأمد، إلى حدوث التخلف العقلي الذي غالباً ما يكون قابلاً للتحسن.

هناك أمراض نفسية للطفل تصاحبها حالات التخلف العقلي مثل:

1- الذاتوية **autism** وهو مرض ينتج عن انحراف في تطور ونمو الطفل.

2- تشتّت الانتباه.

3- بعض حالات الصرع.

بما أن التخلف العقلي ليس مرضاً نفسياً، لذلك توجد طرق كثيرة للوقاية منه والتعامل معه.

الوقاية من التخلف العقلي:

تفترض الوقاية من التخلف العقلي رعاية الأم الحامل أثناء الحمل عن طريق التغذية الجيدة المتكاملة، وحمايتها من الأمراض المعدية أو الوضوح، وكذلك عدم تعرضها لأخذ أدوية إلا تحت إشراف الطبيب، وطلب المشورة الوراثية، والإشراف الدوري قبل الولادة لمعالجة فقر الدم أو ارتفاع ضغط الدم، واكتشاف الولادات المحفوفة بالخطر، والتشخيص السريع والمبكر لبعض الحالات التي يمكن علاجها مثل الفدامة

cretinism وقصور الدرقية الوراثي وحالات عدم توافق المستضد راهاء **Rh** للأم والطفل **Rh incompatability** ومنع حالات الحرمان الانفعالي المفرط.

أما إذا لم توجد طريقة لمنع التخلف العقلي فيجب التعامل مع الطفل وأسرته. وفي مقدمة ذلك يجب مساعدة الأسرة على تقبل الطفل والعمل على مساعدته، حيث أن الأطفال ذوي التخلف البسيط والمتوسط هو من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة في التعلم، وذلك لتنمية الذكاء المكتسب للطفل عن طريق الإرشادات التالية لأسرة الطفل والمتعاملين معه:

1- تعليم الطفل بدون يأس أو ملل مع الحب والحنان.

2- تكرار المعلومة المطلوبة تعليمها للطفل مع التشجيع المستمر.

3- مكافأة الطفل على كل عمل جديد يُطلب منه وذلك لحثه على الاستمرار.

4- تحويل العمل المطلوب أو المكلف به إلى لعب حتى يكون أكثر جاذبية للطفل.

5- مشاركة الطفل في كثير من الأعمال المكلف بها لتشجيعه.

6- تقسيم العمل المطلوب من الطفل إلى مراحل، وذلك لتبسيط المهمة بالنسبة له، على أن ينقل من مرحلة إلى أخرى بعد إتقانه المرحلة السابقة.

7- اتخاذ طريقة مدروسة وثابتة للتعامل مع الطفل في حالة الثواب أو في حالة العقاب.

8- تعليم ما هو مستطلع ويمكن تطبيقه حسب قدرات الطفل.

في حالات التخلف الشديد

- يمكن لهؤلاء الأطفال أن يتعلموا مبادئ النظافة الشخصية، وهم دائماً محتاجون إلى رعاية مباشرة لضمان تغذية جيدة ونظافة مستمرة.

- تعلم الأبوين كيفية تلبية طلبات الطفل حسب احتياجاته.

- علاج أي تعوّق جسماني مصاحب للتعوق العقلي.

- تعليم الطفل كيف يؤدي الأعمال الأساسية له للاعتناء بنفسه مثل كيفية الأكل والنظافة الشخصية.

- معالجة بعض الأمراض التي تكون دائماً مصاحبة لهذه الدرجة من التخلف العقلي مثل الصرع.

التأخر الدراسي والتخلف العقلي

توجد أسباب كثيرة للتأخر الدراسي ويمكن تقسيمها إلى:

أـ أسباب عضوية مثل:

– قصر النظر الشديد.

– ضعف السمع.

– بعض نوبات الصرع مثل الصرع الصغير **petit mal**.

بـ أسباب اجتماعية مثل:

– الفقر الشديد.

– الحرمان الاجتماعي.

– الجو المدرسي وطريقة معاملة المدرسِّين للتلميذ.

جـ أسباب نفسية مثل:

– مشاكل انفعالية: القلق النفسي الشديد والاكتئاب ورُهابُ المدرسة.

– مشاكل سلكوية: تشتت الانتباه والجنوح.

– التأخر العقلي.ثانياً: الاضطرابات السلوكية

Behavioral disorders

1- سلس البول (التبول اللاإرادي) الليلي

Nocturnal enuresis

سلس البول (التبول اللاإرادي) ليلاً هو حالة شائعة بين الأطفال وحتى سن المراهقة، أما إذا حدث لا إرادياً بالليل والنهار، أي بشكل غير مُتَحَّكم به مطلقاً، فإنه يدل على وجود خلل عضوي بالجهاز العصبي والجهاز البولي ويكثر انتشاره في المستوى الاجتماعي الفقير. وينتشر التبول اللاإرادي الليلي بين الأولاد أكثر منه بين البنات. ويكون المرضى عادة من ذوي الذكاء المتوسط أو أقل من المتوسط.

كيفية التعرف على التأخر الدراسي والتعامل معه

الفحص السريري (الإكلينيكي)   أخذ السيرة والسوابق (تاريخ) الحالة

تقييم للحالة الدراسية   تقدير الأسرة لحالة الطفل

- إذا كان السبب عضوياً مثل قصر النظر أو ضعف السمع علاج السبب

- إذا كان السبب اجتماعياً بالمترل أو المدرسة   العمل على معالجة السبب المؤدي له وذلك عن طريق الخدمة الاجتماعية (الاختصاصي الاجتماعي)

إذا لم توجد الأسباب السابقة

تحليل نفسي للطفل   عمل اختبار ذكاء (I.Q.)

– نتيجة اختبار حاصل الذكاء أقل من (**70**) يحول إلى مدارس التأهيل الفكري

إذا وجدت مشاكل سلوكية

تشتت الانتباه   الجنوح

العلاج السلوكي الفردي + علاج أسري   انظر جدول الجنوح

استخدام المنبهات

إذا وجدت مشاكل انفعالية

القلق الزائد

الاكتئاب

رُهاب الدروسة

أو قلق الانفصال

الإصرار على استمرار التلميذ في المدرسة

معرفة سبب رُهاب المدرسة ومحاولة التغلب عليه

معالجة الأسباب + دعم نفسي للطفل أو المراهق

استخدام بعض المهدئات إذا احتاج الأمر

استخدام مهدئات صغرى وأدوية للاكتئاب إذا احتاج الأمر

متى يتمكن الطفل من التحكم في عملية التبول؟

يولد الطفل وهو غير قادر على التحكم في المثانة، ولكنه يبدأ في خلال السنة الأولى من حياته بالسيطرة الجزئية بشكل تدريجي أثناء النهار (أي أثناء الاستيقاظ)، ويحدث هذا بتشجيع الأم على استخدام مكان مخصص للتبول، ومكافأته بالابتسامة إذا استطاع التحكم في نفسه حتى الوصول إلى ذلك المكان، وتكتمل هذه السيطرة خلال العام الثاني. أما القدرة على عدم التبول أثناء النوم فتعتمد على تغيرات تحدث في مراكز النوم بالجهاز العصبي، حيث يخف عمق النوم ويستيقظ الطفل عند شعوره بامتلاء المثانة مع زيادة قوة العضلة القابضة عند عنق المثانة وزيادة سيطرة مراكز معينة بالمخ على هذه العضلة، هنا يستطيع الطفل القيام والذهاب إلى المكان المتخصص للتبول. وهذه العملية تتم خلال العام الثالث، ولكن اكتمال السيطرة ما بين العام الثالث وخلال العام الرابع يكون بشكل تدريجي. وقد يستمر التبول لا إرادياً بشكل متقطع لمدة شهور قبل إتمام السيطرة.

ويقسم استمرار اللاإرادي (سلس البول) منذ الولادة إلى نوعين:

أ. النوع الأولي: وينتج من

1- أن النوع يكون عميقاً بنفس درجته في الطفولة.

2- تشوهات خلقية بالعمود الفقري (الشوك المشقوق spina bifida) وهذه تكون مصحوبة بأعراض أخرى للجهاز العصبي.ن

3- هيج بغشاء المثانة والجهاز التناسلي مثل وجود بعض الديدان (كالدودة الدبوسية pinworm).

4- صغر حجم المثانة.

5- بعض نوبات الصرع.

6- تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية يؤدي إلى صعوبة في التنفس وارتفاع نسبة ثنائي أسيد الكربون في الدم فيكون النوم عميقاً للغاية، بحيث لا يشعر الطفل بحاجته للقيام من أجل التبّول.

بـ النوع الثانوي: وهذا ما يحدث إذا مرت على الطفل فترة يكون متحكماً في تبول ثم ظهر عليه التبول اللاإرادي مرة أخرى. وتعود أسبابه في 90% منها إلى عوامل نفسية تكون غالباً من المحيط العائلي أو المدرسي للطفل مثل:

- الخلافات العائلية الشديدة.

– مَوْلد طفل جديد يستولي على اهتمام الوالدين، ونتيجة لذلك يحاول الطفل الارتجاع لمراحل الطفولة الأولى (التقهقر regression) حتى يستطيع اجتذاب اهتمام الأم.

– القسوة الزائدة في العقاب ومعاملة.

– استخدام التخويف بشدة، مثل بعض القصص المفزعة أو التهديد ببعض الحيوانات كنوع من السيطرة على الطفل.

– بعض حالات دخول الطفل إلى المستشفى لفترة.

– الحرمان العاطفي كحالات مرض الأم وترك رعاية لأشخاص آخرين غرباء عنه، ولم يتعود على رعايتهم له.

– أما في المحيط المدرسي فقد يؤدي الفشل الدراسي أو الموقف الدراسي التي تصيب الطفل باهتزاز وضعه في المدرسة أو التي تحط من كرامته إلى التبول اللاإرادي.

معالجة التبول اللاإرادي (سلسل البول) الليلي

أ– إذا كان التبول اللاإرادي الليلي أولياً فيجب معرفة السبب العضوي ومعالجته.

ب– إذا كان التبول اللاإرادي (سلس البول) الليلي ثانويا فإن شخصية الأم لها دور رئيسي وهام. فالعقاب الذي يتعرض له الطفل،

سواء كان جسدياً كالضرب، أو نفسياً كالاستهزاء له أمام إخوته الآخرين أو الاستخفاف به، يؤدي إلى ازدياد هذه الحالة وكثرة حدوثها، حيث إن الطفل يجد هذا السلوك رد فعل لا شعوري تجاه الموقف العائلي العدائي. وكذلك يجب معرفة السبب النفسي ومعالجته اجتماعياً إذا أمكن في الأسرة أو المدرسة بالإضافة إلى الإرشادات التالية للأم والطفل:

– التقليل من كمية السوائل التي يشربها الطفل خلال النصف الثاني من اليوم.

– التقليل من نوع السوائل المدرة للبول مثل الشاي أو أي مشروبات أخرى.

– تشجيع الطفل على التبول قبل النوم مباشرة ومساعدته على الاستيقاظ خلال الليل مرة أخرى، لتيسير عملية التحكم بشكل أفضل بالمثانة.

– منح الطفل مكافأة كلما استيقظ في الصباح وفراشه جاف.

– تدريب المثانة أثناء النهار على تحمل الامتلاء بدون اللجوء للتفريغ التلقائي، وذلك بزيادة شرب السوائل في الصباح وخلال النهار مع إعطاء الطفل تعليمات بعدم الذهاب لدورة المياه إلا عند الشعور بأنه فعلاً لم يعد يستطيع احتجاز البول لمدة طويلة.

– إعطاء الطفل صبغة البلادونا **tincture of beelladona** جرعة واحدة قبل النوم، للمساعدة على ارتخاء المثانة وجعل النوم خفيفاً.

– إذا لم يستجب الطفل لطريقة العلاج السابقة لمدة شهرين على الأقل يلجا إلى استخدام بعض الأدوية المضادة للاكتئاب antidepressant مثل الإيميبرامين (10–24 ملغم) قبل النوم لنفس الأسباب السابقة.

– العلاج السلوكي الإشراطي، وذلك بتوصيل جرس بدائرة كهربائية ضعيفة توصل بفراش الطفل بحيث توصل الكهربائية عند أول قطرة بول تلامس الفراش ويدق الجرس فيستيقظ الطفل، وبالتالي يتعود الطفل على الاستيقاظ وحده عند امتلاء المثانة.

2ـ مص الأصابع Finger – sicking

يبدأ الطفل بمصّ أصابعه منذ الأيام الأولى من عمره، وقد تستمر هذه العادة حتى الخامسة أو السادسة من العمر، وليس هناك شك في أن الطفل يستمتع بهذه العادة ويجد فيها نوعاً م التسلية الذاتية، وتلك مسألة طبيعية في الشهور الأولى من العمر، أما إذا استمرت تلا العادة فإن ذلك يعني أن هناك أسباباً أدت إلى استمرارها.

ويعود استمرار هذه العادة إلى أسباب كثيرة تتعلق بعدم إشباع حاجات الطفل النفسية، وإلى افتقاره إلى الحنان والعطف، أو عدم حصوله على قدر كاف من الرضاعة الطبيعية من الأم، بما يمثله هذا الموقف من أهمية على المستويين الفيزيولوجي والنفسي.

المعالجة

إن سلوك الوالدين حيال ظهور هذه العادة لدى الطفل مهم جداً في استمرار هذه العادة أو اختفائها. فكثير من الآباء والأمهات يواجهان ظهور هذه العادة لدى الطفل بقلق شديد عليه، فيلجأون على وسائل بدائية كطلاء أصابعه بمادة طعماً مراً، كما يلجأ البعض إلى التعنيف والضرب أحياناً أملاً أن يكف عن هذه العادة. وهم في حقيقة الأمر يزيدون من تشبثة بتلك العادة التي تعطيه إشباعاً نفسياً مؤقتاً، لذا يجب على الأبوين:

- إشباع احتياجات الطفل العاطفية.

- عدم لفت نظره إلى هذه العادة بل على العكس المحاولة على إشغاله في عمل أي شيء يشغله عن تكرار هذه العادة.

- عدم الإشارة على هذه العادة أما المحيطين به حتى لا يشعر الطفل بالحرج. وإذا استمرت هذه الحالة فيما بعد يمكن اللجوء إلى العلاج السلوكي.

قضم الأظافرNail bitting

إذا جاء القول بأن مص الأصابع هو سلوك سلبي استسلامي ، فإن قضم الأظافر يعتبر سلوكاً عدوانياً تدميرياً. وإذا كانت السمة السائدة لدى الأطفال الذين يمصون أصابعهم هي الهدوء والتبلّد، فإن ما

يغلب على الأطفال الذين يقضمن أظافرهم ويعضون أصابعهم هو النشاط الزائد والثورة، ومن هنا فإن توجيه طاقة الطفل ونشاطه إلى مجالات إيجابية كانشغال في أعمال مناسبة أو الرياضة أو ما إلى ذلك غالباً ما ينتج عنه اختفاء هذه العادة. وعلى العكس فإن اهتمام الآباء بمثل هذه العادات وتركيزهم عليها وإلحاحهم على الطفل بضرورة التخلص منها لا يأتي في العادة سوى بنتائج عكسية.

4ـ الغضب والعدوانAggression – tantum

يواجه الطفل الموافق التي يرى أنها مشكلة بانفعال الغضب tantrum. وغالبية انفعالات الغضب عند الأطفال يتم التعبير عنها حركياً (خاصة صغار السن) في صورة صراخ أو رفس. ويبدو أن الطفل يكتشف أن هذه الحركات هي أكثر الأساليب فاعلية لإجبار الآباء على تنفيذ رغباته. وقد وجد من الأسباب التي تؤدي إلى الغضب والعدوانية aggressivenss عند الأطفال خاصة صغار السن:

– الملابس الضيقة التي تعوق حركة الطفل.

– الرتابة التي تتبعها الأم لتنظيم عمليات التغوط وأوقات النوم لدى طفلها.

– وجود زائرين بالمترل.

- حياة الطفل في بيت به عدة أشخاص أكبر منه في السن.

كيفية التعامل مع هذا الطفل

على الآباء استخدام العقاب البدني كوسيلة لإيقاف السلوك العدواني من جانب الطفل، لأنهم بذلك يقومون بكف كل قدراته التعبيرية. فالغضب الذي يتم كفه يوماً بعد يوم خوفاً من العقاب لابد وأن يتراكم ويشتد حتى يصل إلى الانفجار في صورة عدوانية تدميرية. ولكن يجب عدم تلبية مطالب الطفل في هذه الحالات وعدم إبداء أي اهتمام بتصرفاته. وبالتدريج، وبعد فترة تهدأ حدة هذه النوبات، حيث لا يجد الطفل فائدة من هذا الغضب الذي لم يحقق مطالبه، وبالتالي تهدأ مدة النوبات.

5ـ اضطراب الانتباه Disorders of attention

وهو اضطراب يتميز بانتباه قصير المدى سهل التشتت، وقد يصاحب ذلك زيادة في النشاط الحركي، وهناك درجات بسيطة أو شديدة من هذا الاضطراب ونحتاج لتشخيصه أن نسمع عن سلوك الطفل من الوالدين والمدرسة.

الأسباب

- تأخر أو اضطراب نمو الفصين الأماميين في المخ.

- اضطراب وراثي في وظيفة المرسلات العصبية في المخ.

فبعض أقارب الطفل المشتت الانتباه يوجد فيهم نفس النوع من التشتت في الانتباه.

الصورة السريرية

وتتميز الصورة السريرية لهذا الاضطراب بالخصائص التالية:

أ- اضطراب الانتباه

يكون مدى الانتباه قصيراً بحيث لا يستطيع الطفل أن يستمر في نشاط معين أكثر من عشر دقائق لينتقل إلى نشاط آخر (وعلى هذا يكون هناك صعوبة في عملية التعلم)، وأحياناً قد يستمر لمدة أطول، ومع نمو الطفل يقل التشتت في الانتباه.

ب- النشاط الحركي

يتميز الطفل في هذه الحالة بنشاط حركي مستمر، ويوصف عادة أنه لا يستطيع أن يجلس أو يستقر في مكان إلا لدقائق قليلة يغير بعدها

مقعده، كما يفحص معظم الأشياء المحيطة به، ويكون التآزر الحركي مضطرباً بدرجة بسيطة في ثلاثة أرباع الحالات مما يظهر الطفل في صورة عدم انتظام وفقد رشاقة في حركته أو طريقة مشيه.

جـ اضطراب الانفعال disorder of emotion

يتميز الانفعال بعدم الثبات وسرعة التقلب، فالطفل ينتقل من انفعالي إلى آخر بسرعة، ويكون سريع الغضب والعدوان مع أي إحباط، كما يصيبه كذلك "نوبات غضب" في بعض المواقف المحيطة.

د- الاندفاع وصعوبة التحكم في التصرف

يتصرف الطفل المضطرب الانتباه قبل أن يفكر في عواقب الأمور، خاصة مع مواقف الإحباط، فهو مندفع، واندفاعه يوقعه في أخطاء عديدة تؤدي إلى عقابه.

هـ علاقات الطفل بالآخرين

يعتبر الطفل المشتت الانتباه اجتماعياً، ويتكلم كثيراً مع أنه قد يكون مصاباً بدرجة من درجات صعوبة الكلام، وهو عنيد يحب السيطرة على من حوله مما يثير الآخرين ضده ويؤدي إلى اضطرابه.

و- الصعوبات المعرفية وصعوبة التعلم

إن صعوبة الإدراك والتمييز بين حروف بعض الكلمات التي يسمعها أو يقرأها الطفل، أو عكس ترتيب بعض حروف الكلمات، تؤدي إلى اضطراب واضح يعوق التعلم مع توافر ذكاء متوسط أو فوق العادي أحياناً، وقد يؤدي ذلك إلى ترك الدراسة، كا أن التعلم في مجموعة يشكل مشكلة للطفل في الفصل وكذلك في الامتحان وعلى هذا يفضل وضعه في فصل قليل العدد، وأن يمتحن في لجنة خاصة بمفرده.

ز- العلامات العصبية والجسمية

إن فحص الجهاز العصبي للطفل المشتت الانتباه قد يظهر بعض "العلامات العصبية" في حوالي نصف الحالات، مثل اضطراب نطق الكلام أو اضطراب التآزر الحركي بدرجة بسيطة أو اضطراب التوازن بين الرؤيا والحركة، كما أن مخطط كهربية الدماغ EEG تظهر فيه اضطرابات (في حوالي نصف الحالات أيضا)، كما قد يوجد بالفحص السريري كذلك عمق في سقف الحلق، أو حول طفيف أو ثنية واحدة بالكف، أو قد يكون حجم الجمجمة صغيراً.

العلاج

العلاج الدوائي: يحتاج الطفل إلى الأدوية المنبهة مثل البتزدرين أو الريتالين، كما يستخدم مضاد الاكتئاب مثل الإيمبرامين، حيث يقوم بتنبيه قشرة المخ فيتحكم الطفل في انتباهه وسلوكه.

العلاج السلوكي: وذلك بالاتفاق مع الطفل على تقويم السلوك مقابل مكافأة أو العقاب خلاف ذلك، ويجب تحاشي الضرب، لأن الضرب لن يفيد بل بالعكس قد يؤدي إلى ثورة وعدوان يتفاقم معهما الموقف.

6ـ السرقة

لا تعتبر السرقة التي يقوم بها الطفل قبل سن السادسة مطابقة لمفهوم السرقة المعروفة لدينا، فالطفل يأخذ أي شيء يجده للأسباب التالية:

– لأنه لا يعرف معنى كلمة وتعود أن يأخذ أي شيء يعجبه.

– لأن الطفل لديه إحساس بالحرمان كان يأخذ طعاماً يأكله مثلاً، ولذا يجب على الوالدين دائماً تعليم الطفل حدود ممتلكاته الشخصية وحدود ممتلكات الآخرين واحترامها.

لكن هناك أطفالاً أكبر سناً أو مراهقين يسرقون لأسباب مختلفة:

– حتى يشعروا بالمساواة مع إخواهم إذا كان الآباء يفضلون طفلاً على الآخر.

– حتى يظهروا أمام إخوانهم أهم شجعان.

– حتى يعطوا ما يسرقونه كهدايا لزملائهم في المدرسة فيكونون أكثر شهرة من غيرهم.

– للفت نظر والديهم لإعطائهم الحب والحنان.

ما طريقة التعامل مع هذا الطفل؟

– تعريف الطفل السرقة عمل سيئ وشرح السبب.

– مساعدة الطفل لإعادة ما سرقه.

– البعد عن شرح المستقبل السيئ للطفل السارق والوصف الملازم له بأنه سارق.

– شرح أن هذا السلوك غير مقبول في الأسرة والمجتمع المحيط به.

وإذا اتبع الأبوان هذه التعليمات يكف الطفل عن السرقة، لكن إذا استمر الطفل في السرقة فإنها قد تكون من علامات الجنوح خاصة لدى المراهقين.

7ـ الكذب

من الخطأ الظن بأن الطفل الصغير لا يفرق بين الكذب والصدق. فالطفل في مقدوره تماماً أن يفرق بين ما هو صادق وما هو كاذب، لا سيما الأمور المتعلقة بالرغبات الخاصة به.

والطفل الذي يعيش في وسط لا يساعد على تكوين اتجاه الصدق والتدريب عليه يسهل عليه الكذب، خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية ولباقة اللسان وكان أيضاً خصب الخيال.

يسرد معظم الأطفال في سن الثالثة حكايات خيالية لم تحدث في الواقع، ويغرق بعضهم في خياله، لكن الكبار يصفون الطفل بالكذب في حين أن الطفل في هذه السن يخلط بين الواقع والخيال، فهو لا يكذب ليخفي ذنباً أو ليحصل على مكسب من وراء كذبه.

وأحياناً يرى الطفل حلماً ويستيقظ ليقص الحلم على أنه حادثة واقعية، ويؤكد ذلك إذا شعر أن الكبار لا يصدقونه.

ويتنوع الكذب بعد سن السادسة تبعاً للأسباب التالية:

1– الخوف من العقاب الشديد إذا صدق وقال الحقيقة.

2– لتغطية شعور بالنقص عن طريق المبالغة فيما يملكه أو في صفاته، وذلك لاستدرار العطف وللشعور بالقبول في البيئة، ولكي يصبح مركز اهتمام الغير.

3- كما قد يكذب الطفل تقليداً للآباء والأمهات الذين يكذبون على أطفالهم في كثير من الأمور.

وإذا استبعدت هذه الأسباب واستمر الطفل في الكذب فهذا قد يكون من بعض أعراض الجنوح.

8ـ الجنوح Delinquency

هو مجموعة تصرفات دائمة ومتكررة ينتهك فيها الطفل حقوق الآخرين، ويتعدى القوانين التي تحكم من هم في سنه لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر. وهذا الاتجاه العدواني تجاه ممتلكات الغير أو ضد المجتمع يحصل دائماً في سن البداية التي هي قرب سن البلوغ (12إلى 15عاماً).

أعراض الجنوح

أهم ما يميز اراض الجنوح استمرارية هذا السلوك لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر. وهي تكون مجموعة من

الأعراض التالية:

- السرقة أكثر من مرة بدون مواجهة الشخص.

- السرقة أكثر من مرة بمواجهة الشخص.

- الهروب من المدرسة على الأقل مرة أو مرتين دون العودة بنفسه.

- الكذب المتواصل.

- إشعال الحرائق.

- تكرار الهروب من المدرسة أو من العمل.

- تكرار التخريب لممتلكات الآخرين.

- شدة القسوة في إيذاء الحيوانات.

- استخدام أدوات في العراك في أحيان كثيرة (مثل العصا أو أدوات حادة).

- شدة القسوة تجاه الآخرين.

أسباب الجنوح

تقع الغالبية العظمى من الجانحين في خانة الحرمان والإحباط العنيف المتكرر وفقد الشعور بالأمن نتيجة لانهيار الأسرة أكثر منها في خانة التدليل والعناية المسرفة.

وتلعب العوامل الاقتصادية والاجتماعية دورها في تحويل الطفل العدواني إلى جانح:

– وفاة أحد الوالدين وعدم وجود بديل لصورة الأب أو الأم يؤدي إلى العدوانية والجنوح.

– دور رفاق السوء في المساعدة على الجنوح.

– رفض الأبوين للطفل.

– القسوة الزائدة في تعليم الأبناء.

– الوجود في ملاجئ في سن مبكرة.

– الأسرة الكبيرة العدد.

– الأسرة التي بها أب مدمن.

وينتشر الجنوح والعدوانية أكثر بين البنين عنهما في البنات بنسبة 1:12 .

كيفية التعامل مع الطفل الجانح في المدرسة

الهدف: هو تخلص الطفل من التصرفات العدوانية والجانحة، وتشجيع السلوك الاجتماعي عن طريق التشجيع على التصرف السليم واستخدام أسلوب العقاب في بعض الأحيان وذلك عن طريق:

– مراقبة تصرفات الطفل في الفصل أولاً لمعرفة درجة عدوانيته.

– إهمال المدرس للسلوك العدواني للطفل والاهتمام وتشجيع السلوك الجيد لنفس الطفل وربما مكافأته عليه. وهذا يؤدي إلى إقلال السلوك العدواني للطفل واكتساب سلوك مقبول من الآخرين.

– إعطاء بعض الحوافز الفورية على سلوكه الجيد مثل رسم نجمة في كتابه أو إعطائه قطعة حلوى صغيرة، وذلك لتشجيعه على استمرارية السلوك الجيد.

– كذلك يجب أن يكون هناك اتفاق بين الأسرة، إذا كانت متعاونة، والمدرسة على إعطاء هذا الطفل هدية إذا استمر سلوكه المقبول لمدة طويلة (مثلاً لمدة شهر)، وطبعاً لا يفضل عمل ذلك في الفصل أمام باقي التلاميذ، لأن ذلك سوف يشجع الآخرين على انتهاج نفس السلوك غير المقبول حتى يكافأوا على تغييره.

التدريب على الأسلوب الاجتماعي الجيد للطفل. وذلك عن طريق إعطاء نماذج للقصص أو عمل بعض الألعاب مثل: مسرح العرائس، يبدأ في إعطاء الأطفال ومن بينهم هذا الطفل العدواني نموذج العروسة السيئ ويبدأ الحوار حول التصرف مع هذا النموذج وكيف يمكن إرشاده لأن يصلح هذا السلوك غير المرغوب فيه. وكذلك يمكن عمل تمثيليات يشارك فيها الأطفال كأن يأخذ الكل أدواراً مختلفة، وفيها مثال لطفل اعتدى على زميل له في الفصل مثلاً، ثم يتدخل المدرس ويشرح التصرف الجيد والسيئ في هذه التمثيلية.

استخدام أسلوب العقاب. وهذا يكون في البداية لفظياً أي عندما يضرب هذا الطفل طفلاً آخر يقال له مثلاً "أنت أخطات التصرف يافلان" أمام باقي التلاميذ، وإذا استمر هذا التصرف يمكن إقصاؤه عن الفصل لمدة 10 دقائق تحت إشراف المدرسة ثم إعادته إلى الفصل مرة أخرى بعد وعده أنه سوف يتصرف بطريقة أفضل. وفي نفس الوقت إذا تصرف هذا الطفل تصرفاً مقبولاً اجتماعياً لفترة يجب مكافأته عليه.

كذلك يجب استخدام أسلوب العقاب للتصرف غير المقبول على الإطلاق وليس لكل تصرف لا يعجب المدرسة وإلا فقد أسلوب العقاب النتائج المرجوة منه. ويجب أن يكون أسلوب العقاب بطريقة لا تؤثر على العملية التعليمية للطفل في الفصل.

الوقاية

1- تبدأ الوقاية في الأسرة من خلال الاعتدال في التعامل مع الطفل، مثل عدم التدليل بكثرة أو القسوة الرائدة، مما يقلل عدوانية الطفل.

2- يؤدي توافر وسط اجتماعي مناسب وظروف اقتصادية ملائمة إلى شعور الطفل بالأمان، خاصة في حالة فقد أحد الوالدين. ويجب إحلال البديل للأب أو الأم حتى يستمر شعور الطفل بوجود صورة للوالدين.

3– تعتبر المدرسة البيئة التي تستقبل الطفل من الأسرة، لذلك يجب ألا يستمر السلوك في المدرسة بالقسوة والعنف، حيث إن دور المدرسة التربوي أهم من الدور التعليمي خاصة في المراحل الأولى من التعليم.

ثالثاً- الاضطرابات الانفعالية .. في الطفولة والمراهقة

1- القلق Anxiety

يظهر القلق في صورة خوف واضطراب في سلوك الطفل، قد يكون أحياناً نتيجة لفراق الأم، كما هو الحال في رهاب المدرسة "خوف الذهاب للمدرسة".

وهناك بعض المخاوف التي يعاني منها معظم الأطفال لوقت قصير في مراحل معينة من العمر، مثل الخوف من فراق الأم في سن 8 أشهر، أو الخوف من الحيوانات في سن من 2–3 سنوات، أو الخوف من الموت في سن 8 سنوات، ولكن الخوف المرضي هو ما يستمر لفترة طويلة ويعوق الطفل.

الأسباب

الوراثة: يوجد القلق بصورة واضحة في شخصية الأم أو في شخصية الوالدين، ويرث الطفل جهازاً عصبياً لا إرادياً سهل الإثارة، حيث ثبت أن هناك عائلات تتميز بجهاز عصبي لا إداري سريع الإثارة.

التربية: يظهر قلق الوالدين في تصرفاهما مع الطفل فينتقل القلق إليه، وهنا يصعب أن نفصل الوراثة عن البيئة كعاملين مؤثرين في الطفل.

الصورة السريرية (الإكلينيكية): شعور داخلي بخوف غامض وتوتر مع اضطراب في النوم وحدوث كوابيس. وقد يعبر الأطفال عن قلقهم بأعراض جسمية مثل الصداع أو الألم في البطن أو الميل للقيء أو القيء فعلاً.

رهاب المدرسة

رهاب المدرسة "خوف الذهاب إلى المدرسة" هو ذلك الخوف الذي يصاحب يومياً موقف الذهاب للمدرسة ويعوق الطفل عن الذهاب فعلاً. ففي صباح كل يوم يصاب الطفل بمغص أو قيء، أو يظهر عليه الرعب، ويقاوم الذهاب للمدرسة بكل قوته مما يضطر الأهل للرضوخ، ثم بعد ساعة أو ساعتين يلعب بمنتهى النشاط وكأن شيئاً لم يحدث ويتكرر الموقف يومياً. ودائماً نجد

رهاب المدرسة **school phobia**

رفض التلميذ الذهاب إلى المدرسة

تقرير المدرسة

أخذ تاريخ المرض (السيرة والسوابق)

الإصرار على التزام الطفل بالذهاب إلى المدرسة

استمرار الرهاب

صعوبة في عمل الواجبات المدرسية

توجيه للطريقة الدراسية

الخوف من العنف أو الإهانة بالمدرسة

الاتصال بإدارة المدرسة للعمل على تغيير طريقة التعامل مع الطفل

قلقل الانفصال

علاج نفسي فردي + أسري

أدوية ضد الاكتئاب

توقف الرهاب

مصاحب بأعراض

تقييم نفسي

لا توجد أعراض عضوية مصاحبة

إيقاف العلاج

إن التحصيل الدراسي لا يشكل مشكلة للطفل، فهو طفل ذكي ودرجاته فوق المتوسط عادة، كما لا توجد مشكلات مع المدرسات أو الزملاء.

علاج القلق

العلاج النفسي: نجعل الطفل يعبر عن خوفه، وذلك بمساعدته بالتخيل واللعب لكي نتبين الصراعات التي يعاني منها وبذلك نساعده على التكيف السليم.

والعلاج السلوكي: ويشتمل على التحصين المتدرج والتدريب على الارتخاء، والمكافأة للسلوك السليم. وفي حالة خوف الذهاب إلى المدرسة يجب الإسراع في عودة الطفل للمدرسة، مع ضرورة تعاون الأم في العلاج، حيث إن قلقها لبعد الطفل عنها ينتقل لا شعورياً له.

العلاج بالأدوية: قد يعطي الديازيبام بكمية صغيرة ولفترة قصيرة في حالات القلق. أما بالنسبية لخوف الذهاب للمدرسة أو لأية مخاوف محددة أخرى فيكون العلاج بواسطة ايميبرامين.

2ـ الاكتئابDepression

وهو شعور الضيق والحزن مع اليأس، وقد يصاحب ذلك كسل أو على العكس نشاط متزايد مع بعض السلوك العدواني تجاه الآخرين، كما أن أحلام الطفل وتخيلاته تعبر عن الاكتئاب.

وتختلف أعراض الاكتئاب تبعاً للسن التي يصاب فيها الطفل، ففي السنة الأولى من العمر تظهر عليه الأعراض في النواحي البيولوجية، مثل مشاكل الشهية كرفض الطعام وعدم نمو الجسم نتيجة لذلك أو اضطرابات النوم، أو الكسل الشديد وأحياناً أخرى كثرة البكاء وسهولة الإثارة مع رفض التجاوب للمداعبة.

في سن **3–5** سنوات يظهر الاكتئاب في صورة زيادة النشاط الحركي عن المعتاد مع كثرة العدوان أو مشاغبة الآخرين، أو في صورة سلوك منتكس مثل سلس البول مع بعض اضطربات النوم والشهية للطعام.

في سن **6–8** سنوات يظهر الاكتئاب في تعبير الطفل عن الملل أو الشكوى الجسمية كألم في البطن أو شكاوي جسمية غير واضحة المعالم أو أزمات ربو أو اضطراب في النوم. ولكن من المعتاد أن تكون الشهية للطعام طبيعية. وبعض الأطفال تكثر إصاباتهم الجسمية، ويمكن أن يطلق عليهم أنهم "عرضة للحوادث **prone accident**"، فمثلاً يقع الطفل كثيراً ويجرح أو يكسر له ساعد أو ساق.

وقد يظهر السلوك المعادي للمجتمع **antisocial** في صورة تكرار الكذب أو السرقة مما يؤدي للعقاب من الأهل.

في سن **9–12**سنة يظهر الاكتئاب في إحساس الطفل بالذنب ولوم النفس، ويستطيع أن يعبر عن حزنه مع انخفاض الروح المعنوية لديه وعدم تقدير الذات مع الشعور بالنقص. وقد تظهر لديه مشاكل الفشل في الدراسة أو السلوك العدواني، بالإضافة لبعض الأغراض الجسمية. وقد تظهر لديه بعض الأفكار الانتحارية التي قد تكون عميقة، وقد يعقبها محاولات فيجب على الأهل مراعاة ذلك.

في سن **12–19**سنة يشكو المراهق من ملل شامل مع البحث المستمر عن أنشطة جديدة، كما قد يشعر بالغربة والعزلة ولا يقدر على البقاء وحيداً، ويخالجه الشعور بالإرهاق الشديد أو التعب صباحاً، وتوهم المرض والانشغال بالجسم وشكله ووظائفه.

الأسباب

الوراثة: تلعب الوراثة دوراً مهما، فنجد أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب ويتضاعف احتمال إصابة الابن إذا كان الوالدان قد أصيب بالاكتئاب، حيث يحدث نقص في النواقل العصبية متل النورأدرنالين **noradrenaline** أو السيروتونين **serotonin** في الجهاز الطرفي وفي المخ.

البيئة: للعلاقة الأسرية قيمة كبيرة حيث إن الفرق بين الوالدين له أهمية، كما أن مشاكل الطلاق أو التفكك الأسري أو اضطراب أسلوب رعاية الوالدين للطفل تشكل عوامل في حدوث الاكتئاب للطفل.

العلاج

العلاج بالأدوية: مضادات الاكتئاب مثل الإيميبرامين تفيد كثيراً ولكن لابد أن تؤخذ لعدة شهور لكي يتم الشفاء.

العلاج النفسي: ويشمل علاج الأسرة وعلاج الطفل لمساعدته في التغلب على شعور الاكتئاب من حيث الدعم النفسي ورفع الروح المعنوية وتقليل الشعور بالذنب.

رابعاً- اضطرابات النماء في الأطفال

تشمل اضطرابات النماء الخاصة عدداً من الاضطرابات المعوقة للتعلم، والتي لا يكون سببها نقصاً في الذكاء أو الذاتوية الطفلية infantile autism أو سبباً عضوياً واضحاً في الجهاز العصبي المركزي، أو في وظائف السمع أو الرؤيا، كما لا تعزى لنقص في أسلوب التعلم، كما أنها عادة لا تتناسب مع سن الطفل.

الأسباب

تلعب الوراثة دوراً مهما، حيث توجد اضطربات النماء الخاصة في عدد من أفراد العائلات المصابة بذلك. والسبب تأخر في نمو قشرة المخ أو اضطراب نضجها أو حدوث إصابة بها.

أنواع اضطرابات النماء في الأطفال

وجميع هذه الأنواع لا تتناسب مع درجة ذكاء الطفل أو سنه أو مجهوده الدراسي.

1- اضطراب القدرة الحسابية: نجد المهارات الحسابية أقل من المعتاد بدرجة وأضحة ولا تتناسب مع الذكاء والمجهود الدراسي للطفل.

2- اضطراب المهارات اللغوية: وقد يكون اضطراب في إدراك اللغة أو التعبير اللغوي مما يعوق التواصل.

3- اضطراب القدرة على القراءة أو القدرة على الكتابة: وهذان الاضطرابان يعوقان القراءة أو الكتابة أو الاثنين معاً. فقد يحذف حرف أو يعكس حرف أو لا توضع نقط على بعض الحروف مما يغير المعنى كله. فتكتب الكلمة أو تقرأ مختلفة عن حقيقتها "مثل قراءة طالبات بدلاً من طالبة".

4- اضطراب النطق أو اضطراب التآزر الحركي: لا يستطيع الطفل نطق بعض الأحرف جيداً، وقد يتسم أداؤه لبعض الأعمال بالبطء وعدم التناسق بدرجة بسيطة، فمثلاً طفل عمره **9** سنوات يجد صعوبة كبيرة في أن يقفل أزرار قميصه أو يربط حذاءه.

المعالجة

تحتاج هذه الاضطرابات للمتابعة من قبل اختصاصي لكل نوع منها، ويمكن اتباع المخططات التالية.

الاضطرابات المتعلقة بالمخدرات والمسكرات

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي

الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

يعتبر تعاطي المخدرات narcotics and drugs والمسكرات من المشكلات الهامة التي تواجه المجتمع، ليس فقط من الناحية الطبية، ولكن من نواحي متعددة ومتشبعة منها التربوية والاجتماعية والأمنية والإنتاجية.

الاعتماد dependence على الأدوية أو المخدرات

وهو حالة نفسية، وأحياناً بدنية أيضاً، ناشئة عن تعاطي دواء يتميز باستجابات سلوكية، تتضمن دائماً إجباراً على تعاطي الدواء بصفة دائمة أو على فترات متقطعة من أجل الشعور بتأثيره النفسي، وأحياناً لتجنب الضيق الناشئ عن غيابه، وقد يكون التحمل **tolerance** موجوداً أو غير موجود. كما قد يكون الشخص معتمداً على أكثر من دواء.

معاقرة الأدوية غير المسببة للإدمان

وهو تناول الشخص الدواء على الأقل لمدة شهر من تلقاء نفسه إلى حد الإضرار بصحته وسلوكه الاجتماعي، مع حدوث التعود أو الاستخدام المرضي.

ويبدأ معظم الناس في تعاطي المسكرات مثل الخمر أو البيرة والتبغ، ثم يتبع ذلك الحشيش، ثم أدوية أقوى مثل أدوية الهلوسة أو المنبهات، ثم الأدوية المثبطة أو المنومة فالهيروين **heroin** ، ولا بد أن ننظر إلى الاعتماد على أساس شخصية المتعاطي مع توافر وجود الدواء.

أسباب الاعتماد على الأدوية

لا يوجد سبب واحد للاعتماد، ولكن هناك تداخل بين عوامل متشبعة:

1ـ الوراثة

ثبت أن الوراثة لها دور من خلال تأثيرها على درجة حساسية الفرد لبعض الأدوية، وكذلك اضطراب عملية الاستقلاب (الأيض) **metabolisme** لهذه الأدوية (الكحول، الأفيونات) مع اختلاف فيزيولوجيا كهربية المخ، وكذلك خصائص جدار الخلايا.

وقد وجد أن حدوث تعاطي المكسرات بين أبناء مدمني المكسرات هو أربعة أضعاف أبناء المجموعة الشاهدة.

2ـ العوامل العائلية ـ الاجتماعية

– تفكك الروابط العائلية وعدم وجود الدعم المتبادل بين أفراد الأسرة يؤدي إلى انخفاض الروح المعنوية للأفراد مع سهولة تأثرهم بأية ضغوط أخرى، مما يجعلهم عرضة للبحث عن مخرج في تعاطي الأدوية.

– الفقر قد يلعب أيضاً دوراً في التفكك العائلي، وكذلك في الإدمان والانحراف.

– الانتقال السريع في المجتمع من العادات والقيم المتوارثة إلى قيم جديدة ومفاهيم جديدة يؤثر على الأسرة وعلى الفرد.

– عدم وجود وسائل للترويح والنشاط الاجتماعي الصحي السليم.

– تأثير الأصدقاء والجماعات في تسهيل التعاطي.

3- الشخصية

ليس كل من يتعرض لمواد الإدمان يعتبر مدمناً أو متعوداً. ولكن يمكن القول إن خطر الاعتماد أو الإدمان يكمن في الشخصية وليس في

المخدر. وقد تبين أن المتعة التي تسببها المستحضرات الأفيونية متناسبة تناسباً مباشراً مع درجة الاعتدال النفسي للشخص الذي يصبح مدمناً.

وتتميز شخصية المدمن بدرجة من السلبية والاتكالية على الآخرين، كما أنه لايتحمل التوتر والإحباط المعتاد حدوثه في الحياة، فيلجأ إلى الحل السريع للراحة بتعاطي الأدوية التي تؤدي بدورها إلى مزيد من المشاكل والإحباط والتوتر.

4ـ المهنة

إن الممرضات والأطباء من أصحاب المهن المتعرضة للإدمان لسهولة وصول الأدوية إليهم. كذلك فإن من يقدم المسكرات أو من يعمل في مصنع الخمور أو من يعمل في مصنع المواد المذيبة هو عرضة لسوء استخدام ما يوجد في متناول يده وبالتالي الاعتماد.

5ـ وجود القدوة

إن إدمان أحد الوالدين أو كليهما يؤدي إلى أن يقلد الابن والده في مجال التعاطي لنفس الدواء، وإلى تعزيز تعاطي الدواء بتوفيره الراحة المرجوة للفرد وبذلك يستمر في التعاطي، وكثيراً ما يضاف إلى وجود الصحبة السيئة مما يعزز التعاطي.

6ـ توافر الدواء المخدر

لابد من توافر دواء معين كي يحدث اعتماد عليه. وكلما صعب الحصول على الدواء أو قل توافره في مكان ما كلما قل التداول. وعلى هذا يقع على النظام الحكومي عبء مسؤولية المكافحة.

7ـ الدافع

هناك دوافع عديدة للتعاطي أهمها:

- حب الاستطلاع.
- التطلع إلى خبرة جديدة.
- زيادة القدرات الخيالية والخلاقة.
- التقبل الاجتماعي ضمن المجموعة
- إزالة التوتر.
- زيادة الانتباه واليقظة.
- إزالة الاكتئاب أو شعور الغربة.

أما الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير فهي:

1- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المكسرات.

2- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات.

3- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش ومشتقاته.

4- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات.

5- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين.

6- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المنبهات الأخرى متضمنة الكافيين.

7- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهلوسات.

8- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي التبغ.

9- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات.

10- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي عديد من الأدوية النفسية التأثير.

وتمثل الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المسكرات ثالث أكبر مشاكل الصحة بعد أمراض القلب والسرطان في إنجلترا.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المكسرات

تحدث درجة انتشار تعاطي المسكرات أكثر بين الذكور منها بين الإناث بمقدار **5–9** مرات، نظراً لأن بعض المجتمعات يباح فيها تعاطي المسكرات فإن ذلك يسهل التعاطي اليومي، وعلى هذا يحدث إدمان المسكرات مما ينتج عنه آثار ضارة على الصحة وعلى التكيف الوظيفي والاجتماعي.

تأثير المسكرات

1– يتوقع من يرغب في المسكرات أن تعمل المسكرات كمهدئ وأن تخفف من القلق والتوتر.

2– وتزيد المسكرات من العدوانية لدى الفرد وتمكنه من أن يعبر عن انفعاله.

3– وتحدث تغيراً في الانفعال، فيشعر بعض الناس بالسعادة بينما يشعر البعض الآخر بالضيق.

4– تقلل المسكرات دور الأنا **ego** وكذلك يصعف دور إرادة الفرد مما يؤدي إلى التعبير عن بعض الرغبات مثل الرغبات الجنسية أو العدوانية. وقد يعزز هذا السلوك من المحيطين بالفرد الذين يسمحون له بذلك تحت عنوان أنه "مخمور" أو ليس في كامل وعيه.

5- ينتج من إدمان المسكرات تحطيم النفس الذي يتمثل في اضطراب الصحة الجسمية، وكذلك في فقدان الوضع الاجتماعي مع التغيب عن العمل، وكأن ذلك يحصل نتيجة رغبات لاشعورية لعقاب النفس.

أعراض الاعتماد على المسكرات

يتعاطى المريض المسكرات يومياً مع زيادة الكمية باستمرار لعدة سنوات، كما يتعاطاه في الصباح أيضاً، ويصبح التعاطي هو محور حياته اليومي، وعلى هذا يفقد عمله في النهاية وتضطرب أحواله الأسرية والاجتماعية.

ومع حدوث التسمم الكحوالي الحاد يشعر المريض بالتعاسة أو عدم الرضى، ويكون سهل الإثارة كما يضطرب تقديره للأمور وتضطرب ذاكرته وكذلك إرداته، مما يؤدي إلى سلوك عدواني أو إلى حوادث طريق إذا صمم على قيادة سيارته، أو إلى سلوك جنسي شاذ.

إذا لم تأخذ المريض المسكرات نجده يشكو من أرق مع توتر وسهولة الإثارة ورعشة، وهلوسة **hallucination** وضلالات وخوف وعدم استقرار حركي مع اضطراب الوعي.

الاعتماد المزمن على المسكرات

يؤدي الاعتماد المزمن على الكحول إلى اكتئاب، وانتحار، وغيرة مرضية، وضلال العظمة وخرف المسكرات كما يحدث تلف الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب العضوي الذي يسبب تلفاً، خصوصاً في الجزء العلوي من ساق المخ، والمهاد والأجسام الحلمية. وكذلك يسبب تليف الكبد والتهاب البنكرياس والمعدة، والتهاب الأعصاب (خاصة نتيجة عوز الفيتامين **B**) مع أعراض العوز المختلفة.

الوقاية من تعاطي المسكرات

1- تحسين الحالة الاجتماعية

عن طريق:

- محاربة الفقر.

- تقليل الضغوط.

- إيجاد وسائل ترويح وتسلية ونشاط اجتماعي بدون تعاطي المسكرات.

- إيجاد وسائل مقبولة للتنفس عن التوتر النفسي.

2ـ التعليم:

– وذلك عن طريق تعليم كيفية تجنب تعاطي المسكرات.

3ـ التعرف:

– اكتشاف الحالات الحديثة من الاعتماد قبل أن تزمن، مع علاج الاحتياجات الانفعالية والأزمات المختلفة.

علاج تعاطي المسكرات

قد يكون العلاج في المستشفى أو في عيادة خارجية طبقاً لحالة المريض. ومن أهم النقاط وجود الدافع للعلاج، والتعامل مع المريض باحترام وتقدير نظراً لانخفاض الروح المعنوية لديه وحاجته لدرجة كبيرة من المساندة.

وتحتاج أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) إلى المهدئات، كما يجب علاج الأعراض العضوية المختلفة أيضاً. أما العلاج السلوكي فيستخدم فيه العلاج الشرطي المنفر أو المبغض، ويساعد عقار الأنتابيور في هذا الأسلوب من العلاج. ويهدف العلاج النفسي الفردي وكذلك العلاج الجماعي للوصوص إلى تغيير بعض جوانب الشخصية. ويحصل العلاج الجماعي بواسطة مجموعة ممن امتنعوا فعلاً عن التعاطي.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات

تشمل مجموعة الأفيونات **oplum**: المورفين، والهيروين، والميثادون، والمبيردين، والبتدين، والريبانون.

أسلوب التعاطي: بالفم، بالتدخين، بالحقن في العضل أو الوريد، أو تحت الجلد. ونظراً لكثرة الحقن مع طول المدة وحدوث التجلط في الأوردة قد يحقن المريض نفسه في الوريد الفخذي.

التأثير:

يشعر الشخص بداية بنشاط وشعور بالسعادة مع احمرار العينين وبعض الحكاك **prurigo** (نتيجة الهستامين)، ويعقب هذا تثبيط الجهاز العصبي المركزي فيحدث استرخاء مع قلة يقظة وفقد شهية للأكل (القهم) **anorexia** مع نقص الشبق (الشهوة الجنسية) **libido**. ويؤدي التعاطي لمدة أسبوع إلى الإدمان. وينتج عن التعاطي المزمن ضيق حدقة العين ورعشة اليدين والإمساك، وشعور بالضعف وقلة المزاج مع الضعف الجنسي.

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية):

وتتمثل بالرغبة الملحة في التعاطي، والتوتر والحركة الزائدة، والتعرق وكثرة الدموع وإفراز الأنف، والإسهال، وسرعة دقات القلب،

والتثاؤب، واتساع حدقة العين، مع حدوث آلام بالجسم. وتحدث هذه الأعراض خلال ساعات من تعاطي الجرعة الأخيرة وتبلغ أقصى حدوثها في 24–48 ساعة، ثم تهبط خلال أسبوع أو 10 أيام. ونظراً لشدة الأعراض الانسحابية يسعى المريض للحصول على الدواء بأي وسيلة، فقد يسرق أو يرتكب الجرائم لتحقيق غرضه وتتدهور حالته تدريجياً ويفقد عمله.

العلاج:

يتم علاج الأغراض الانسحابية بواسطة مركب الميثادون وقد يضاف إليه الكلوربرمازين. ويباشر بالعلاج النفسي الجماعي أو الفردي مع التدعيم المستمر للمريض من قبل الأسرة والفريق العلاجي.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش

المادة الفعالة في الحشيش **cannabis** أو الماريجوانا **marijuana** أو البنجو هي تتراهيدروكنابينول.

أسلوب التعاطي: التدخين، وفي الهند يمزج مع الأكل أو الشرب.

التأثير: يحدث بعد دقائق من التدخين و**1/12** ساعة من الأكل ويستمر **12/6** ساعة، ويبدأ بالشعور بالاسترخاء وبالسعادة مع إحساس

بالقوة، ويتوافق مع هلوسة إبصارية- **tion visual hallucina** وزيادة في الشهية للأكل وانخفاض درجة حرارة الجسم. ولكن يتبع ذلك ضعف الدافع وتبلد الذهن **bradyphrenia** وفقدان الطموح، وقد تحدث نوبات ذهانية **psychotic** لعدة أيام. لا يحدث الحشيش اعتماداً جسمياً بل يحدث اعتماداً نفسياً.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش

تشمل الأدوية التالية: كلورال هيدرات، مبروبامات، بتروديابين، جلوتثمد وميثاكنالون.

كل هذه الأدوية تحدث التعود إذا استخدمت لمدة أسبوعين أو شهر بكميات كبيرة وهي تعطي هدوءاً نفسياً وكثرة نوم.

الامتناع (الانسحاب): قد يحتاج إلى دخول مستشفى كحالة طوارئ، ويشكو المريض من الأرق والتوتر وكثرة الحركة مع القلق والصداع والرعشة واضطراب الشهية للأكل، وقد تحدث اختلاجات صرعية في بعض الحالات، وعلى هذا يجب إيقاف الدواء بالتدريج عند العلاج.

كما قد يبدأ حدوث أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) بعد أسبوعين من إيقاف آخر جرعة، قد يستبدل الدواء بإعطاء دواء فينوباريتوني كبديل مؤقت.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين

يعتبر الكوكايين منبهاً للجهاز العصبي المركزي فيؤدي إلى زيادة اليقظة مع زيادة النشاط العضلي وارتفاع الروح المعنوية، وكذلك المرح وكثرة الكلام، ومن خلال تأثيره على الجهاز العصبي الذاتي يحدث سرعة ضربات القلب مع ارتفاع ضغط الدم وضيق في الشرايين (قد يؤثر في الحاجز الأنفي مما يؤدي إلى ثقب فيه)، كما قد يؤثر مع استمرار استخدام في حدوث ذهان وشكوك (زور). إذا تم تناول كمية كبيرة قد يحدث نوبات الصرع وغيبوبة وتوقف التنفس.

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية): انخفاض المزاج مع الاكتئاب والرغبة الملحة في التعاطي.

العلاج: مضادات اكتئاب مثل الإيميرامين وكذلك أملاح الليثيوم.

كما قد يفيد أمانتادين أو برموكربتين في أيقاف الرغبة الملحة في التعاطي.

العلاج النفسي الفردي والجماعي والسلوكي له فائدة في استمرار التوقف عن التعاطي.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكافيين

يكثر استخدام الكافيين والمواد المشابهة له (مثل ميثل زانثين، ثيوفللين، وثيوبرومين) في القهوة والشاي والكولا والشيكولاته وفي مستحضرات علاج الزكام والجيوب الأنفية.

يتمثل تأثير الكافيين بزيادة الانتباه والتركيز مع عدم الرغبة في النوم. قد تحدث أعراض مثل أعراض القلق النفسي، أو يزيد أعراض قلق سابقة. عند تعاطي كميات كبيرة من الكافيين في بعض الأفراد الحساسين قد يصابون برعشة وأرق وتوتر وعدم استقرار.

أعراض الامتناع (الأعراض النسحابية): عند التوقف فجأة عن التعاطي يحدث صداع شديد مع كسل وزيادة نوم مع سهولة الإثارة.

العلاج: تنظيم كميات التعاطي اليومية مع توعية الفرد عن كميات الكافيين في المشروبات المختلفة.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهلوسات

تتضمن المهلوسات حمض الليسرجيك L.S.D ومشتقاته، السيلوسيين، المسكالين.

يحدث التأثير خلال نصف ساعة من أخذ الدواء، ويمتد إلى 12 ساعة، فيحدث هلاوس متنوعة مع الاحتفاظ بالبصيرة، وقد يعقب ذلك شعور اكتئاب أو خوف، كما قد يحدث استرجاع للتجربة النفسية التي مر بها المتعاطي خلال سنة عقب التعاطي مع حدوث هلاوس بصرية. كما قد يحدث ذهان شبه فصامي مع اضطراب التفكير.

العلاج: بعض الأدوية مثل مركبات البنزوديازبين مع طمأنة المريض.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التبغ

يعتبر النيكوتين أهم مادة فعالة في التبغ، وهو يحدث زيادة إفراز اللعاب وزيادة حركة المعدة مع زيادة إراز الحامض المعدي، كما يؤدي إلى نشاط الحركي مع اليقظة والانتباه والتركيز ويثبط الشهية مما يمنع زيادة الوزن. إن استمرار تعاطي التبغ يؤدي للاعتماد عليه.

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية): التهيج وسهولة الإثارة، قلة الانتباه والتركيز، مع زيادة الشهية للطعام وزيادة الوزن مع تواجد رغبة ملحة للتعاطي.

مضاعفات تعاطي التبغ لمدة طويلة: أمراض الرئة المزمنة، سرطان الرئة، سرطان البنكرياس، سرطان المثانة، أمراض الشريان التاجي. وهو لذلك يتسبب في زيادة معدلات الوفيات عن المعدل.

العلاج: العلاج السلوكي: العلاج بالأدوية.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيارة

تشمل المنظمات المذيبة والمواد اللاصقة والضبوبات **aerosols**، والأسيتون، والطولوين. ونظراً لسهولة تواجد هذه المواد في الاستخدام المترلي فقد يسهل تعاطيها خاصة من قبل المراهقين.

يشعر الفرد بعدم توازن ودوخه ويضطرب نطق الكلام وينعدم التآزر الحركي وتظهر بعض اضطرابات الإدراك. كما يحدث فقدان الوزن. ويحدث الاعتماد النفسي ولا يحدث الاعتماد الجسدي.

آثار التسمم: تلف الكبد والكلى، اضطراب ضربات القلب الذي قد يؤدي للوفاة فجأة، تلف الجهاز العصبي والأعصاب الطرفية، حدوث فقر الدم.

الجريمة والاعتماد على الأدوية

يلعب الكحول ومواد الإدمان دوراً مهما في حدوث الجريمة، وذلك بناء على اضطراب الحكم على الأمور، مع ضعف سيطرة قشرة المخ ووظيفة الأنا الأعلى (الضمير). بما أن الاعتماد يؤدي إلى البطالة وقلة الدخل فإن المريض قد يلجأ إلى أعمال مخالفة للقانون (مثل السرقة والنصب) لكي يوفر لنفسه الدواء على حساب احتياجاته الأخرى، وعلى هذا فإن الوقاية والعلاج من الاعتماد على الأدوية من أهم ما يشغل المجتمع.

الاضطرابات النفسية العضوية .. الخوف والهذيان

الأستاذ الدكتور عبداللطيف موسى عثمان

الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني

الأستاذ الدكتور فاروق طلعت

الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد

الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

أولاً:

الخوف Dementia

الأسباب

1- الخرف الكهلي presenile dementia

(أ) مرض الزهايمر

(ب) مرض بك

(ج) مرض "جاكوب- كروتز فيلد"

(د) رقص هنتنجتون

(هـ) الاعتلال الدماغي الإسفنجي تحت الحاد **subacute spongiform encephalopathy**

2- خرف تصلب الشرايين

3- أسباب التهابية مثل:

(أ) الزهري (الإفرنجي) **syphilis**

(ب) التهاب الدماغ **encephalitis**

(ج) التهاب السحايا **meningitis**

(د) خراج الدماغ

4- أسباب رضيحة مثل إصابات الرأس.

5- أسباب ورمية مثل أورام الدماغ وعلى الأخص أورام الفص الجبهي.

6- أسباب سمية مثل التسمم بأحادي أكسيد الكربون والكحول وإدمان الأدوية.

7- أمراض العوز (النقص الغذائي) مثل:

(أ) الاعتلال الدماغي المنسوب لفيرنيكه **encephalopath Wernicke,s** وهو ينجم عن عوز الفيتامين **B**.

(ب) البلاغرة **pellagra**

(ج) فقر دم التنكس المشترك تحت الحاد للنخاع **subacute combined degeneration of**

في حالات فقر الدم الوبيل **Spinal cord anermia pernicious anemia**.

8- اضطرابات الاستقلاب (الأيض) والغدد الصم مثل اليوريمية **uremia** وقصور الكبد والشحام **lipidosis** وقصور الدرقية.

9- أمراض نزع الميالين مثل التصلب المنتشر (التصلب المتعدد) **multiple**) **sclerosis disseminated**.

10- بعض أنواع الرنح (الرنح الوراثي **hereditary ataxia**).

11- نقص الأكسجين، مثل حالات الصرع العنيد أو الصرع المستعصي المزمن.

12- الدهان المزمن مثل الفصام.

13- الاستسقاء الدماغي منخفض الضغط أو استسقاء الرأس المتصل.

14- الباركنسونية (مرض باركنسون).

الصورة السريرية (الإكلينيكية) للخرف

1- ضعف ملكة التمييز وضعف التفكير والاستنتاج مع فشل في فهم المغزى وفي التفاعل كما ينبغي.

2- ضعف الذاكرة للأحداث القريبة اكثر منه بالنسبة للأحداث البعيدة.

3- إدراك معيب مع ضلال (وهام) زماني مكاني.

4- عدم ثبات (تقلب) الانفعال مع استثارية (تهيج) أو ثوران وجذل أو نشوة واكتئاب أو كآبة وقلق.

5- توهمات العظمة المصحوبة بجذل أو توهمات مراقية (توهم وجود مرض غير موجود) مصحوبة باكتئاب.

6- إهمال النظافة الشخصية واللباس وسلس البول والبرار في المراحل المتأخرة.

7- اضطراب وظيفة الكلام واللغة مثل الكلام الخالي من المعنى والحبسة الرطانية jargon aphasia والعمه agnosia وتعذر الأداء apraxia.

8- أعراض وعلامات مخية بؤرية تتوقف على موضع الآفة المسببة.

الخرف الكهلي Presenile dementia

مرض آلزهايمر

هو أكثر أنماط الخرف الكهلي شيوعاً، وغالباً ما يحدث في العقدين الخامس والسادس من العمر، ولكنه قد يبدأ في العقد الرابع أو يظهر بعد العقد السادس وفي مرحلة الشيخوخة في بعض الحالات. وقد يرجع إلى عوامل وراثية عائلية، حيث ينتقل عن طريق الوراثة السائدة.

الباثولوجيا في مرض آلزهايمر

- تنكس **degeneration** وضمور متزايد أوضح ما يكون في الفصين الجبهيين مع توسع التلافيف والبطينات.

- لويحات شيخوخية **senile plaques** تتكون من خلايا نجمية **astrocytes** وخلايا عضوية **cells rod** مكتظة بلييفات عصبية وافرة على نحو شاذ.

- حبيكات (كتل متشابكة الخيوط) من اللييفات العصبية **.neurofibrillary tangles**

- تنكس حبيبي فجوي **granulovacular degeneration** في عصبونات قرن (آمون).

وقد يبدو أن مرض الزهايمر أياً كان سببه عبارة عن اضطراب في بروتين الألياف العصبية، والعديد من السموم، مثل الألومنيوم

والفنكريستين قد تتسبب في إحداث ذلك الاضطراب، كما يمكن أن تحدث تغيرات باثولوجية مشابهة في متلازمة (داون) المنغولية وفي أدمغة المسنين.

الصورة السريرية (الإكلينيكية)

يبدأ الخرف تدريجياً، وأول مظاهره فقدان الذاكرة القريبة أو ضعفها. وفي البداية يكون المريض مدركاً لعجزه، ويبدو مكتئباً إذاء فشله في إنجاز مهام كانت بالنسبة له روتينية من قبل، ثم تتفاهم الحالة بشكل متزايد بحيث تصبح واضحة لزملائه في العمل وأفراد أسرته، وتتميز الحالات المتقدمة من المرض بفقدان الذاكرة ولا مبالاة في السلوك واللباس وضلال زماني مكاني واضطرابات الكلام مثل الحبسة واللكنة وعمه حسي وسلس البول والبراز وفرط المنعكسات العميقة **tendon reflexes exaggerated deep**، واستجابة أخمصية باسطة **extensor planter response** ورعشة في الوجه واليدين وتشنجات في أقل من عشرة في المئة من الحالات، ويصبح المريض عاجزاً تماماً في خلال خمس سنوات إلى عشر سنوات، وتحدث الوفاة عادة نتيجة للمخمصة (الخواء) **starvation** أو العدوى الثانية. ويكشف تخطيط الدماغ الكهربائي عن تغيرات منتشرة تتميز بفقدان النظم الأساسي الطبيعي وظهور نشاط كهربائي منشر بطيء عالي السعة.

أما تصوير الدماغ بعد حقن الغاز pneumoence phalography والتصوير المقطعي المحسوب CT scan فيكشف عن توسع البطينات مع زيادة كميات الهواء على سطح الدماغ نتيجة لضموره.

التشخيص التفريقي

يجب أن يميز الزهايمر وبين الأمراض التالية:

1- الأورام السحائية الجبهية بطيئة النمو

Slowly growing frontal meningiomas

2- استسقاء الرأس الطبيعي الضغط أو المنخفض الضغط.

3- التسمم الدوائي المزمن.

4- الورم الدموي hematoma المزمن بالجانبين.

5- التهاب الدماغ المزمن.

6- قصور الدرقية.

7- فرط كالسيوم الدم.

8- عوز الفيتامين B12.

مرض "بك"

هو مرض نادر يرجع إلى عوامل عائلية أحياناً، ولا يمكن تمييزه عن مرض (الزهايمر) على المستوى السريري (الإكلينيكي)، أما التغيرات الباثولوجية المصاحبة له فتبدو أكثر وضوحاً في الفصين الصدغين، على الرغم من أنها قد تكون منتشرة على نحو ما يحدث في مرض (الزهايمر)، ويتميز باختفاء الخلايا العصبية تماماً في التلافيف المصابة مع تكاثر وافر للخلايا النجمية، وتظهر مشتملات أليفة الفضة (صبوغة بالفضة) **argentophilic inclusions** داخل العصبونات **neurons** وتعرف بجسيمات بك، كما تظهر جسيمات ميرانو في قرن أمون. وهي عبارة عن بني خيطية يمكن مشاهدتها بالمجهر الضوئي. وتظهر دراسة التصوير المقطعي المحسوب **CT scan** توسع الأخاديد والبطينات بما يشير إلى ضمور قشري – **phy coruical atro**، خاصة في الفصين الصدغيين.

ويظهر مخطط كهربية الدماغ موجات بطيئة عالية السعة في نسبة كبيرة من الحالات، وهذا الشذوذ في مخطط كهربية الدماغ يشبه التغير المصاحب لمعظم حالات التهاب الدماغ الشامل المصلب تحت الحاد **subacute sclerosing panencephalitis** . وهناك حالات تحت عائلية من مرض جياكوب– كرويتزفليد. ولو أن حالات الالتهاب تحدث فرادى بوجه عام، وهو يصيب الجنسين دون ميل خاص لأحدهما، وينتهي بالوفاة خلال عامين في تسعين في المائة من الحالات. ويبلغ متوسط

العمر عند بدء الحالة حوالي اثنين وخمسين عاماً، ولكنه قد يبدأ مبكراً في العقد الثاني من العمر، وقد تتأخر البداية إلى العقد السادس أو السابع، ولا يوجد علاج نوعي لهذا المرض حتى الآن.

استسقاء الرأس الطبيعي الضغط .. متلازمة حكيم وآدمز

وصفها حكيم وآدمز ومساعداهما عام **1965**، ويرجع الاهتمام المتزايد بهذه الحلة منذ ذلك التاريخ إلى كونها قابلة للعلاج. وقد يبدو التفكير في هذا التشخيص عند تناول كل حالات الخرف المتزايد أمراً منطقياً، وتتميز هذه المتلازمة بخرف هين تحت الحاد يعزو معظم الباحثين هذه الأعراض إلى تعذر الأداء **apraxia**، ويميل سلس البول إلى الظهور مبكراً. أما العلامات العصبية البؤرية فنادراً ما تحدث. وكثيراً ما تكون الحالات مسبوقة بنزف تحت العنكبوتية أو التهاب السحايا أو أذى الرأس أو بجراحة حديثة في الحفرة الخلفية للجمجمة. ويعتبر استسقاء الرأس الطبيعي الضغط أحد المضاعفات الآجلة لتلك الحالات، نتيجة لإعاقة امتصاص السائل النخاعي بسبب التصاقات السحايا المترتبة عليها. ويكشف تصوير الدماغ بعد حقن الغاز عن توسع متناظر بالبطينيين الجانبيين، خاصة في أجزائهما الأمامية مع ندرة الهواء فوق تحدب الدماغ، كما أن حقن نظير مشع في الحيز تحت العنكبوتية القطني ومراقبة انتشار وتسريب محلول طبيعي داخل القراب **intrathecal** وتوليد منحنيات ضغط متميزة قد يساعد في تشخيص استسقاء الرأس المنخفض الضغط،

وعلاج هذه المتلازمة يتم بنجاح بإجراء جراحة مجازة **shunt operation** للسائل النخاعي.

وتجدر الإشارة إلى أن التدهور العقلي قابل للعلاج في الحالات الناتجة عن أورام الدماغ ونقص فيتامين (**B1** و**B2**) ونقص الدرقية وفرط كالسيوم الدم وإدمان المسكرات.

خرف الشيخوخة **Senile dementia**

هناك نوعان من خرف الشيخوخة هما:

1- خرف الشيخوخة المجهول السبب **idiopathic senile dementia** ويرجع إلى مرض (الزهيمر) ذي البداية المتأخرة.

2- خرف الشيخوخة الثانوي **secondary dementia** لمرض عضوي في الدماغ.

التشخيص التفريقي:

يجب أن نميز الخرف من الحالات الآتية:

1- الورم الدموي تحت الحافية **subdural haematoma**.

2- الاكتئاب.

3- الحبسة الاستقبالية أو الحسية receptive (sensory) aphasia الناتجة عن آفة بؤرية بالدماغ.

4- الخرف الكاذب الهيستيري hysterical pseudo- dementia.

ثانياً: الهذيان Delirium

يعتبر الهذيان من أكثر الأمراض النفسية العضوية التي يصادفها الطبيب عند ممارسته للطب، ويصيب على الأخص الأطفال والشيوخ، وذلك بسبب حساسية الدماغ في هذه الفترة الزمنية لأية تغييرات استقلالية (أيضية) أو كيميائية أو دورانية أو أي اضطراب آخر.

وقد يستعمل تعبير مرادف آخر للهذيان وهو التفاعل العضوي الحاد reaction acute organic، وكلا التعبيرين يعبران عن حدة ومفاجأة في بدء الأعراض (وكون هذه الأعراض عضوية)، ويدلان كذلك وبالأخص على قصر مدة الحالة إذ غالباً ما لا تتجاوز بضعة أيام.

إن تعريف الهذيان قد يشمل معاني كثيرة، متضمنة لكل أنواع الاضطرابات العضوية الحادة، فيها كل درجات الاضطراب الواضحة للعيان، وفي أحيان أخرى يحدد فقط معان محددة تشمل حالة اليقظة والاستجابة كلامياً وزيادة الحركة واضطراب وجداني شديد ونقص في التعرف على الواقع وظهور أعراض إيجابية مثل الهلوسة والانخداع.

أسباب الهذيان

إن التوازن النفسي للإنسان ناتج عن التوازن في محيطيه الداخلي والخارجي، فأي اضطراب فيزيائي أو عضوي داخلي أو خارجي قد يؤدي في الأشخاص المعرضين إلى هذيان، ولقد سبق وأن ذكرنا أن الأطفال أكثر تعرضاً للإصابة بالهذيان، وذلك لعدم اكتمال نمو الدماغ، مما يجعلهم متحسسين لأي تغير في الجسم كارتفاع درجة الحرارة المفاجئ أو الالتهاب العدوائية الحادة أو فقدان السوائل والأملاح بسبب الإسهال.

وكذلك الأمر بالنسبة لكبار السن، فإن تصلب شرايين الدماغ مع تدهور تدريجي في نشاط الدماغ وقلة الخلايا الدماغ القشرية النسبي يجعل الدماغ أكثر عرضة للتأثر بانخفاض مستوى السكر بالدم أو هبوط الدم ونقص الأوكسجين، كما في فشل القلب غيرها من الاضطرابات الاستقلابية أو الدورانية، كما أن تغير المحيط الخارجي كارتفاع درجة الحرارة وانخفاضها الشديد يؤثر وبالأخص على الأطفال وكبار السن مؤدياً إلى حالة الهذيان.

من الأسباب المؤدية للهذيان:

1- سبب تنكسي degenerative الخرف الشيخوخي أو الكهلي المصاحب بالالتهابات أو عوز

الأكسجين.

2- الأورام آفات تحتل حيزاً space occupying lesions مثل ورم الدماغ، خراج

دماغي، ورم دموي تحت الجافية.

3- الرضوح إصابة الرأس، هذيان حاد ما بعد الإصابة.

4- الالتهابات التهاب الدماغ، التهاب السحايا، زهري المجموع العصبي، التهاب الرئة،

ملاريا الدماغ، داء المقوسات، داء الرقص الروماتزمي...إلخ.

5- سبب وعائي الخثرة الدماغية الحادة، نوبات حادة بتصلب الشرايين الدماغية المؤقت،

نزف تحت العنكبوتية، داء الذئبة الحمامية المنتشرة.

6- سبب صرعي النوبات الحركية النفسية، الصرع الصغير، حالات ما بعد النوبات.

7- سبب استقلابي (أيضي) يوريمية، فشل الكبد، اضطرابات الشوارد، قلاء، حماض، تأثيرات بعيدة للسرطان...إلخ.

8- سبب صماوي نوبة فرط الدرقية، وذمة مخاطية، نوبة أديسونية، قصور الغدة النخامية،

المرحلة السابقة للغيبوبة السكرية، نقص سكر الدم...إلخ.

9- سبب تسممي الكحول، اعتلال الدماغ لفيرنيكه، هذيان ارتعاشي، جرعات زائدة من أدوية الباربيتون وغيرها من المنومات، الحشيش، مضادات مرض باركنسون،

مضادات المغص، حامض الساليسيك، مضادات الاكتئاب... إلخ.

10- سبب دوراني التهاب الرئة والقصبات، فشل القلب، اضطراب نظم القلب، جلطة قلبية صامتة، نزف صامت، التسمم بأحادي أكسيد الكربون.

11- سبب عوزي عوز الثايمين (اعتلال الدماغ الفيرنيكه)، حمض النيكوتينك والفيتامين B12.

وعلى الرغم من كثرة الأسباب التي تؤدي إلى الذيان فإن الطريق النهائي المشترك لجميعها هو اضطرابات استقلالية (أيضية) في المناطق الدماغية المسؤولة عن الوعي، وفي زمن ما سابق لظهور الإيدز كانت الأمراض المعدية (infections) أكثر الأسباب شيوعاً للهذيان. أما في الوقت الحاضر فإن التسمم بالأدوية هو أكثر الأسباب المؤدية للهذيان. وفي بريطانيا مثلاً فإن التوقف عن معاقرة المسكرات عند المدمنين هو الأكثر شيوعاً. وفي أحيان كثيرة يصعب التعرف على سبب الهذيان في ما عدا حالات الرضح على الرأس عندما يكون السبب المرضي المؤكد لهذه الشدة أو حالات السكتة الدماغية.

الأعراض والعلامات Symptoms and signs

تتكون الأعراض والعلامات نتيجة لاضطراب فعالية الدماغ الطبيعية بسبب اختلال استقلالية (أيضية)، كيميائية، حيوية، كهربائية أو ميكانيكية. تتبع الأعراض مخططاً ثابتاً على الرغم من اختلاف المسببات.

وقد تكون شخصية المصاب وخلفية الصورة المرضية واضحة، وخاصة عندما تكون الإصابة خفيفة أو بسيطة، وتؤثر بالأخص على الطبيعة الوجدانية أو محتوى الأفكار التوهمية.

غالباً ما تبدأ الحالة بصورة فجائية، وقد لا تظهر الصورة بوضوح عندما تكون البداية تدريجية ونسبة كبيرة من حالات الهذيان قابله للشفاء عندما يمكن معالجة العوامل المسبب لها، ولكنها في بعض الأحيان تتطور لتصبح حالة عضوية مزمنة، كما يظهر بعد أن تتوضح صورة الذهان الحاد الذي يعقب الرضح على الرأس لتظهر حالة من الخرف أو اعتلال الدماغ لفيرنيكه.

إن من أهم الأعراض العامة لكل أنواع الهذيان ما يلي:

اختلال الوعي:Impairment of consciousness

يعتبر اختلال الوعي التغيير الأساسي في حالات الهذيان، ويكون إلى حد ما عاماً وشاملاً.

فلذلك أهمية خاصة في اكتشاف الهذيان وفي تقييم شدته. وعلى الرغم من أن الأعراض الأخرى كاضطراب الحركة، واضطراب الانفعالات والعواطف والإحساسات أكثر حدة ووضوحاً، ولكنها ليست ثابتة ولا نجدها دائماً في كل المرضى.

تتراوح شدة اختلال الوعي بين قصور بسيط في الوعي، قد لايمكن التعرف عليه إلى غيبوبة عميقة. وتتأرجح شدة اختلال الوعي عندما تكون ضعيفة، وغالباً ما تسوء ليلاً مع التعب، والإعياء وتغيرات البيئة المحيطة بالمريض.

إن هذا التغير التموجي في الوعي وما يتخلله من صفاء في الوعي، يعتبران من العلامات السريرية المهملة لتشخيص الهذيان وتفريقه عن الحالات الوظيفية والحالات العضوية المزمنة. فقد يرى الزائر أثناء النهار المريض في أحسن حالاته من صفاء الذهن وتسوء هذه الحالة ليلاً.

وليس من الضروري ألا يكون المريض مستجيباً للمنبهات الخارجية، وخاصة في الحالات البسيطة من اضطراب الوعي، فقد تكون استجابة المريض طبيعية ومستوى اليقظة عالياً. ويصعب التعرف على أنه مصاب بالهذيان، إلا إذا فحص المريض بصورة دقيقة، وخاصة إذا فحصت الذاكرة التي تفقد أو تضعف بالنسبة للأحداث أثناء فترة الهذيان. وقد تظهر نوبة من عدم السيطرة على البول وتكون حينئذ من العلامات الأولى.

وغالباً ما تضطرب دورة النوم – اليقظة بدرجات متفاوتة من الشدة، متضاعفة باضطراب النوم وأحلام اليقظة ويتفكير كالحلم. كذلك يضطرب النمط اليوماوي **circadian** الحركي مع ميل للنوم أثناء النهار وللاستيقاظ ليلاً.

وفي الحالات الشديدة لاعتلال الوعي يلاحظ أن المريض يبطئ في الاستجابة، ويتعثر في متابعة المحادثة والانتباه للحوادث الخارجية. وقد تكشف الاستجابة للأوامر ضعف في الفهم وغياب الإرادة لتنفيذها. وبعد ذلك يغلب النعاس على المريض وينأم بكثرة، وعندما يوقظ يستجيب بصورة مشوشة وبطيئة.

السلوك النفسي الحركي psychomotor behavior

تقل حركة المريض بصورة مستمرة بازدياد اختلال الوعي، وعندما يترك المريض لحاله يظهر قليلاً من الحركة الذاتية، أما الأفعال المعتادة كالأكل مثلاً فتنفذ بطريقة أوتوماتيكية، وتضمحل قابليته للحركات الهادفة. وعند الضغط على المريض لأداء فعل ما يكون بطيئاً أو متردداً وغالباً ما يكون الأداء متكرراً، فيصبح الكلام بطيئاً وقليلاً. والأجوبة نمطية وقد تكون غير مفهومة. وفي الحالات الشديدة يصبح الكلام عبارة عن أصوات غير مفهومة.

إن ما ذكر عن السلوك الحركي هو الأكثر شيوعاً في حالات الهذيان، ولكن في بعض الحالات يحدث العكس، وتصبح الحركة مفرطة مع سلوك مضطرب ضوضائي. وأفضل مثل على ذلك الهذيان الارتعاشي في بعض حالات الالتهابات العامة، فتزداد الحركة النفسية الجسمية بصورة مفرطة، مع ميل لرد الفعل الابتدائي، فيجفل المريض تكون فرط الحركة عنده على شكل حركات هادفة مثل مسك أطراف الأغطية، أو مسك أشياء أو حشرات وهمية، ونادراً ما يقوم بحركات نمطية معقدة كتمثيل قيادة سيارة أو إعادة تمثيل عمله، وفي حالات نادرة تكون الحركات هجومية، أو يحاول الهرب من مكان تواجده.

التفكير thinking

تظهر على التفكير تغييرات خاصة عندما يضطرب الوعي، ففي المراحل الأولى يظهر بطء وصعوبة في تركيز الأفكار أو في تكوين أفكار معقدة. ويتبين للفاحص تعب فكري، وبعد ذلك يبدو التفكير المنطقي أقل وضوحاً وتماسكاً، ويقل النطق، ويصبح التفكير أكثر إجهاداً، ويضعف تنظيم الأفكار مع قلة الوصلات الفكرية بين الماضي والحاضر.

وقد تدخل أفكار غريبة إلى وعيه ويقلبها المريض بطريقة سلبية، ويلصق أهمية كاذبة إلى الإشارات الخارجية، وتمتزج معها هلاوس ووهامات (ضلالات)، وقد يستمر المريض بحالات الأحلام التي تؤدي به في النهاية إلى أحلام اليقظة.

وقد تظهر أفكار أو أوهام تعتمد بالتأكيد على مواصفات الشخصية السابقة، وبالأخص الأوهام الاضطهادية التي تظهر أكثر شيوعاً، وتكون غامضة غير منظمة، مؤقتة، وسطحية ولايعيدها المريض بنفس الصيغة مرة ثانية. وربما تبدر من الشخص المصاب بالهذيان حركات هجومية.

وتغيب البصيرة منذ البداية وقد تتغير بين فترة وأخرى اعتماداً على التغير في مستوى الوعي.

الذاكرةMemory

تتأثر الذاكرة بمستوى الوعي، فعند اضطرابه يختل تسجيل الذاكرة والحفاظ عليها واستدعاؤها. فتسجيل الحوادث الآنية يتعطل بنقص الانتباه والإحساس والفهم. وعليه تقل الذاكرة لحفظ الأرقام.

وكذلك يتعطل الاحتفاظ بذاكرة الأشياء مؤدياً إلى صعوبة تعلم جديد، وهو دليل سريري حساس على اضطراب الذاكرة، وهكذا يتأكد اضطراب الذاكرة القريبة بالمقارنة إلى الذاكرة البعيدة المدى والتي يحافظ عليها. وقد تتكون ذكريات كاذبة، وقد يظهر تخريف ويملأ المريض الذاكرة بذكريات كاذبة وعند الشفاء لا يستطيع المريض تذكر الحوادث التي مر بها أثناء الهذيان، ولو أن هناك تذكرا لفترات الصحو.

وكذلك يؤدي اضطراب الذاكرة والتذكر إلى ضلال (وهام) مكاني وفي مرحلة متقدمة ضلال (وهام) شخصي عندما يصعب على المريض التعرف على الأشخاص الذين كان يعرفهم في السابق، بسبب تدهور حالة الإدراك والمعرفة. وقد يتأرجح هذا الوهام (الضلال) شدة ونقصاً، وتمر بالمريض فترة يصحو من الضلال (الوهام) لبضعة دقائق أو ساعات ثم ينتكس مرة أخرى إلى حالة الضلال (الوهام). وأول ما قد يصاب به المريض هو الضلال (الوهام) الزماني إذ يعجز المريض عن معرفة الوقت التقريبي والتاريخ واليوم والأسبوع.

الإدراك perception

غالباً ما يجلب اضطراب الإدراك الانتباه إلى الهذيان، ولكن يجب التأكيد على أن اضطراب الإدراك ليس من المظاهر الأساسية في كل حالات الهذيان، بل يجب الاعتماد على اضطراب التفكير والذاكرة اللاستدلال على اضطراب الوعي، وهو الأساس القوي تشخيص الهذيان.

في بداية الأمر يجد المريض صعوبة في الإدراك، ويحتاج إلى تركيز عال لكي يستطيع التمييز، خاصة بصرياً، وفي أحيان قليلة يظهر الإدراك بصورة حادة جداً. قد يؤدي اضطراب الإدراك البصري إلى رؤية الأجسام صغيرة (رؤية مستصغرة) **micropsia** أو كبيرة (رؤية ضخامية) – **ropsia mac** واضطراب الإدراك السمعي قد يؤدي إلى

صعوبة التواصل مع الأخرين. وقد يحدث اضطراب إدراكي لشكل الجسم ككل أو لأجزاء منه، فقد يحس المريض بأن جسمه بدأ يصغر، أو طرف من أطرافه تقلص أو قطع منه.

ومن الاعراض الشائعة تبدد الشخصية **depersonalization**، الغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع **derealization** ولو أنه لا يعبر عنها كاملاً. وقد تتفكك حدود الإدراك بين الانفعالات النفسية الداخلية والمحيط، وبين النفس والآخرين مؤدية إلى شعور مرعب من فقدان الكيان الشخصي والجسمي.

ومن التغييرات المهمة نسبياً، فقدان التمييز بين العالم الداخلي والعالم الخارجي، واضمحلال القابلية للتفريق بين الاثنين، ونتيجة لذلك تمتزج الأحاسيس والأفكار مع بعضها البعض، فيضطرب إدراك الأحداث الخارجية مع عدم القابلية لاحيواء عناصر الخبرة ونسبتها بطريقة ذات معنى، وقد لا يعي المريض ما يحيط به بشكل واضح، هل هو واقف أو مستلق أو خارج المترل.

وتؤدي اضطرابات الإدراك إلى خطأ في التعرف والمعرفة وإلى وهامات (ضلالات) **delusions**، وتكون عادة سطحية ومتغيرة. ويشيع الاضطراب الإدراكي في المجال البصري أكثر من غيره من المجالات الحسية، فمثلاً يخطئ المريض بالتعرف على الممرضة على ألها أفراد عائلته والمصح على أنه بيته وهكذا.

وتظهر الهلاوس وخاصة في المجال البصري، ولو أن الهلاوس السمعية أو اللمسية تظهر كذلك، تنتج هذه الهلاوس جزئياً من العجز في التفريق بين الصور الداخلية وبين الإدراكات الخارجية، وكذلك من أحلام اليقظة التي يمر بها المريض أثناء تغير مستوى الوعي بين فترات الصحو واضطراب الوعي، وعند ذلك يأخذ المريض معه هذه الأحلام. وتتألف الهلاوس البصرية من إشعاعات من الضوء، وأشكال هندسية أو ألوان. وقد تكون الهلاوس أكثر تكويناً وانتظاماً فتظهر على شكل مناظر، وأناس أو حيوانات متحركة أو ألوان.

وقد تكون الصورة مشوهة على شكل كائنات مصغرة. ويكون المريض مدركاً لهذه الظاهرة، وقد يشارك بها أو يتعامل معها بصورة مناسبة وعادة بخوف وحذر وفي بعض الأحيان بالاهتمام والانبساط.

ومن الهلاوس الخاصة في حالات الهذيان الارتعاشي ما يكون شديداً ومرعباً، وتبدو البقع أو الخطوط على الجدار كحشرات أو ثعابين، وتظهر الهلاوس البصرية، على شكل متكرر ومتغير على شكل حيوانات بألوان زاهية، وغالباً ما تكون بأحجام صغيرة. وتكون الهلاوس السمعية على شكل أصوات مهددة أو مطاردة.

الانفعال emotion

في المراحل الأولى للهذيان يظهر اكتئاب خفيف، إضافة إلى قلق وهيجان، ولو أن اضطراب الوجدان يكون سطحياً. وعند تقدم الحالة

تظهر بوضوح حالة عدم اكتراث، وقد تمر دورة المرض كلها بحالة من عدم الاهتمام مع تقوقع انفعالي.

وقد نرى انفعالاً وجدانياً حيوياً في حالات فرط الفعالية النفسية الجسمية عندما يصبح الاضطراب الوجداني شديداً. يشيع القلق والخوف ويزداد إلى درجة الرعب والهلع مع ازدياد دقات القلب والارتعاش. ويظهر الاكتئاب أكثر من النشوة وأكثر من العصاب.

يتحدد اختلال الوجدان جزئياً بسبب ما يؤدي إليه المرض الجسمي من كرب، وكذلك بالإدراك الجزئي للاضطراب المعرفي، وقد تضاف صفات شخصية المريض إلى رد الفعل الوجداني.

أعراض أخرى

وقد تظهر أعراض أخرى مصاحبة، وخاصة في الحالات الخفيفة مثل أعراض من القلق للكرب الخاص نتيجة المرض العضوي، وقد تظهر الجوانب الشخصية الضعيفة للمريض أعراضاً مراقبة أو رهابية. وكذلك قد تبدو على المريض أعراضاً استقلالية وغالباً ما تكن مؤقتة، ولكن عند استمرارها تؤدي إلى صعوبة في التشخيص.

وقد تظهر أعراض زورانية (**paranoid**)، وقد تغلب هذه الأعراض في المراحل الأولى على السمات الشخصية للأشخاص المعرضين. وفي بعض الأحيان يكون الطابع الفصامي كل الصورة المرضية.

ويتطور اختلال المعرفة فتظهر الحالة الخفيفة بصورة جلية للانفعال العضوي الحاد أو الهذيان. وقد يقع الطبيب في الخطأ فيشخص الحالات البسيطة للانفعال العضوي الحاد على انها حالات نفسية عضوية.

التفريق بين الحالات العضوية والحالات الوظيفية

يصعب التفريق بين الحالات العضوية والحالات الوظيفية في الدرجات البسيطة أو الخفيفة، وفي بعض الأحيان، تشخص الحالات العضوية على أنها وظيفية عندما تغلب الاضطرابات في الشخصية في مرحلة ما قبل تجلي المرض وتكون الصورة العضوية، مؤدية إلى حالات من الشكوك والاكتئاب مضافة على الحالة.

وعلى عكس ذلك تشخص الحالة الوظيفية على أنها عضوية عندما يبدو للطبيب اختلال معرفي مثل شكوى المريض المكتئب من اضطراب في الذاكرة أو تشوش فكري. فبين الخطأ في التفريق بين الحالات العضوية أو الوظيفية يكون الخطأ في تشخيص الحالات العضوية أكثر خطورة، ولربما يؤدي إلى عواقب أوخم مما لو أخطأنا في تشخيص الحالات الوظيفية. فلذلك يجب الاهتمام بالأعراض الجسمية وعدم إهمالها عندما يشكو منها المريض، وإعطاء مجال كاف له ليعبر عنها، والقيام بفحص سريري دقيق للتأكد من عدم وجود سبب عضوي. وعند محاولاتنا التفريق بين الاعتلال العضوي والوظيفي هنالك مبادئ سريرية يؤخذ بها وهي:

1- أعراض هستيرية (تحويلية تفارقية). لا يمكن تشخيص الهستيريا إلا بعد التأكد من وجود تفسير نفسي كاف وبعد فحص كل عرض بدقة. فقد يبدأ المرض الدماغي بأعراض تشبه الهستيريا في آفات الفص الجداري، وقد تظهر أعراض هستيرية أو قد تبدأ الأعراض الهستيرية بسبب مرض عضوي.

2- الشخصية ما قبل المرضية. عندما يضطرب سلوك إنسان ذي شخصية مستقرة سابقاً فجأة، فإن ذلك دليل على مرض عضوي، ومن الأسباب لهذا الاضطراب الصرع أو هبوط سكر الدم أو الجلطة الدماغية.

3- المزاج والجدان. قد يكون الوجدان الاكتئابي من العلامات الأولى للاضطرابات العضوية الدماغية. وعلينا تحليل بعض الأعراض بدقة، فمثلاً يجب التفريق بين "الضعف العضلي" والشعور بالتعب العضلي لكي نفرق بين الوهن العضلي الوخيم **myasthenia gravis** والاكتئاب.

4- ومن المفاهيم والمبادئ الأساسية التي يجب أن تثير الانتباه إلى المرض العضوي وجود الهلوسة البصرية أو شكاوي من تشوش فكري أو أي عرض آخر غير اعتيادي كالترنح أو السلس البولي.

تشخيص السبب

كما هو واضح من الجدول في أول هذا الفصل (ص102) والذي يبين الأسباب العديدة والمختلفة للهذيان، فإن الوصول لتشخيص

هذه الأسباب يتطلب الاستفسار عن السيرة والسوابق "التاريخ المرضي" للمريض من قبل أهله أو المقربين له، وبالأخص السؤال عن أي مرض عضوي مثل السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو الصرع، والسؤال عن تعاطي الكحول والمخدرات أو أية أدوية. والتأكد من عدم وجد نقص في التغذية، وبالأخص عند كبار السن والمتخلفين عقلياً، والسؤال عن شجار سابق أو حادث سيارة أو السقوط من أماكن مرتفعة. فقد يدل ذلك على حدوث رض على الرأس. ومن الضروري أيضاً السؤال عن أعراض ارتفاع ضغط داخل القحف (كالصداع والقيء).

ويركز في الفحص السريري على البحث عن العلامات التي تدل على اعتلال الجهاز العصبي والأجهزة الاخرى، مع التأكيد على توثيق مستوى الوعي وفحص الجمجمة والعينين. ويجب عدم إغفال فحص المريض ككل والانتباه إلى أية علامات بسيطة كآثار الحقن في الجلد. وبعد تكوين فكرة أولية عن سبب الهذيان تؤخذ عينات من الدم لأرسالها إلى المختبر (المعمل) لفحص نسب السكر واليوريا والأملاح وغيرها من الفحوصات، اعتماداً على ما يرد في التشخبص التفريقي. كذلك قد ترسل عينة من الدم لتحديد نسبة ضغط الأوكسجين وثنائي أكسيد الكربون.

وترسل عينة من البول إلى المعمل لتفحص، لكشف مختلف الأدوية والمواد الطبية وغير الطبية.

وكذلك الفحص العام للبول للدلالة على وجود مرض كلوي أو مرض مجموعي. وعند الاشتباه بوجود علة دماغية كجلطة أو ورم دماغي فيرسل المريض للتصوير المقطعي المحسوب، وعند الضرورة يمكن الاستعانة بالرنين المغناطيسي للتأكد من وجود آفة دماغية.

المعالجة management

تتركز المعالجة على ثلاث وسائل:

1- المعالجة العامة

وتشمل الخطوات اللازمة لتخفيف معاناة المريض، ومنع أو الحد من السلوك الذي قد يؤدس إلى أذى أو إصابات للمريض أو لأشخاص آخرين. وتعتمد المعالجة على العناية التمريضية المركزة في غرفة مهيأة من حيث الإنارة الجيدة، والابتعاد عن المحفزات الخارجية التي قد تثير المريض. يفضل بقاء المريض تحت عناية طاقم تمريضي واحد، ويبتعد عن تغيير المعالجين، كما يمكن الاستفادة من أفراد عائلة المريض ليساعدوا بتمريضه، لأن ذلك يقلل من الشعور بالغربة وما يصاحبها من خوف وقلق شديدين. يعطى للمريض غذاء جيد متوازن، وإن لم يستطع المريض تناول الأغذية فيعطي السوائل المغذية عن طريق الوريد، مع إضافة الفيتامينات وخاصة مجموعة (B) ويحسب ما يحتاجه يومياً.

وتزداد الحاجة للسوائل كلما كانت الإصابة نتيجة لأمراض عدوائية **infectious** أو مصاحبة بارتفاع الحرارة كالملاريا مثلاً، وينصح بإعطاء الغلوكوز في مثل هذه الحالة لاحتمال انخفاض نسبة السكر بالدم.

2ـ المعالجة النوعية

وتشتمل على المعالجة الخاصة بالأمراض المسببة للهذيان، ففي حالات الالتهابات العدوائية يعطي المضاد الحيوي المناسب بعد التأكد من نوع الجرثومة المسببة، كذلك إعطاء مادة الثيروكسين– **ine thyrox** في حالات قصور الغدة الدرقية، ومعالجة الورم الدموي في الرأس في حالات إصابة الرأس **head injury**، وغيرها من الأسباب العضوية العديدة التي تؤدي إلى الهذيان.

3ـ معالجة الأعراض

وهنا يجب الالتزام بقدر كبير من الحذر لعدم إعطاء ما قد يؤثر على مستوى الوعي عند المريض.

ففي أثناء النهار قد نحتاج إعطاء مهدئات لا تؤدي إلى النوم، فنستطيع إعطاء المريض هالوبيريدول **haloperidol** وهو ذو تأثير

مضاد للذهان **antipsychotic** بجرعات يومية تتراوح بين **10–60** ميلي غرام ويمكن إعطاء ما بين **2–10** ميلي غرامات بالوريد أو حقناً بالعضل.

وكذلك نستطيع إعطاء المريض أي علاج من فصيلة الفينوثيازين **phenothiazines** كالكلوربرومارين **chlorpromazine** بجرعات من **300–600** ميلي غرام يومياً، كما يمكن إعطاؤه حقناً عضلياً أو بالوريد، علماً بأن لهذه الأدوية تأثيرات جانبية كالنعاس وهبوط الضغط، يفضل الابتعاد عن إعطاء الكلوربرومازين في أمراض الكبد وكذلك في الإدمان الكحولي.

ويمكن إعطاء البنزودايابين **benzodiazepines** كالديبازيبام وخاصة ليلاً ليساعد على النوم.

ويعطي كلورميثازول **chlormethiazole** في الإدمان الكحولي والهذيان الارتعاشي، ويجب إعطاؤه في المستشفى فقط لأن أخذه مع الكحول قد يؤدي إلى تفاعل خطير، كما أنه دواء قد يسبب الإدمان عند تكرار تعاطيه.

أمثلة سريرية

1– رجل مسن بعمر **75** عاماً، بدأ فجأة بالهذيان، وظهر عليه الخوف من أشخاص يحاولون إيذاءه، وفقد معرفة الوقت والأشخاص، ولم يستطع

معرفة المكان. عند فحصه كانت درجة حرارته **40.5**، وكان جلده محمراً وساخناً، وكان الفصل في ذلك الوقت صيفاً. واتضح من السيرة (التاريخ المرضي) أنه سار مسافة **3–4** كم تحت الشمس الحارة.

اشتملت المعالجة على إعطائه السوائل بكثرة عن طريق الفم مع خافض للحرارة وكمادات ماء بارد من الحنفية. رجع المريض إلى طبيعته خلال ساعتين. ونعتقد أن السبب كان ضربة شمس أدت إلى هذيان.

2– اتصل جراح ليحصل على رأي زميل له حول مريض عمره **68** عاماً، أجريت له عمليه استئصال البروستاتة قبل يوم، وهو مصاب بالسكري، استيقظ صباح اليوم الأول بعد العملية مصاباً بالهياج، وبدأ ينزع الأنابيب المغذية مع رجفان وهلوسه. أعطى محلولاً وريدياً يحوي غلوكوز مركز فرجع إلى طبيعته خلال دقائق، وظهر أنه أصيب بهبوط في مستوى السكر بالدم لأنه أعطى حقنة الأنسولين بدون حساب مضبوط لكمية السكر والغذاء الذي تناوله.

الاضطرابات الذهانية Psychotic disorders

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي

الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد

الأستاذ الدكتور مصطفى كامل إسماعيل

الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

نتناول بالذكر كلاً من:

1- الفصام

2- الاضطراب الوهامي (الضلالي) المشترك

3- اضطراب الوهام (الضلال)

4- اضطرابات ذهانية عابرة

5- الاضطراب الفصامي الطابع

1ـ الفصام Schizophrenia

يعد مرض الفصام من أهم المشاكل في الأمراض النفسية، فهو من ناحية أخطر الأمراض وأكثرها تهديداً بالتفكك والتدهور، ومن ناحية أخرى أكثرها غموضاً وتداخلاً مع سائر الأمراض، ثم إنه يحوي أنواعاً متباينة حتى ليكاد بعضها يبدو وكأنه يعاكس البعض الآخر، وأخيراً فإن استجابته للعلاج تختلف من نوع إلى نوع ومن مرحلة إلى اختلافاً يكاد يعلن أنه ليس مرضاً واحداً بل عدة أمراض مجتمعة معاً.

واستعمال كلمة الفصام باللغة العربية هو الأفضل، إذ يستحسن عدم استعماله كلمة انفصام الشخصية حتى لا تختلط بكلمة ازدواج الشخصية.

نبذة تاريخية

بدأ الانتباه إلى ما هو فصام في أواخر القرن الماضي، حيث وصف موريل أعراض نوع منه حين ظهرت على شاب في السادسة عشرة من عمره (كان واعداً ومتفوقاً) أعراض الانطفاء، والانسحاب والتدهور الدراسي، ثم أكد كريبلين مفهوم التدهور العقلي المصاحب للمرض حين أطلق على هذا المرض الاسم القديم وهو "الخرف المبكر"، وأشار إلى أن أهم ما يميزه هو الانسحاب والجمود، وضمور الإرادة وخلل الحكم على الأمور ثم التباين بين الوظائف وبعضها البعض وبين الأعراض وبعضها البعض.

ثم أشار بلويلر إلى أن أهم ما يميز هذا المرض ليس الميل إلى التدهور وإنما هي الأعراض الجوهرية التي تتميز باضطراب التفكير، وتفكك الروابط واضطراب الوجدان والذاتوية **autism** يليها الأعراض المصاحبة مثل الهلاوس **hallucinations** والوهامات (الضلالات) **delusions**.

تعريف الفصام

ورد الدليل المصري "العربي" في وصف الفئة الرئيسية لمرض الفصام أن هذا المرض يشير إلى مجموعة من الأمراض، أنه يجمع بين التفكك والميل إلى التدهور، كما ورد ما نصه:

"تشمل هذه الفئة مجموعة اضطرابات تمثل (أ) تطور عملية ذهانية مفككة **decomposing** لتركيب الشخصية، (ب) نتاج هذه العمية في شكل عجز بالشخصية أو تدهور، ويأتي عدم تجانس هذه المجموعة من أننا نقابل مظاهرها السريرية (الإكلينيكية) في أطوار مراحل مختلفة من تطور هذه العملية، ويتوقف وجود أعراض معينة أو عدم وجودها على نوع الفصام البادي".

وأخيراً اكتفت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض **ICD-10** لمنظمة الصحة العالمية (**1991**) بتعريف الفصام (كمجموعة أمراض) بوصف هذه المجموعة هكذا: "تتميز الاضطرابات الفصامية

بشكل عام باضطراب أساسي في الشخصية، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك، وكذلك في المشاعر التي تكون غير سوية ومتبلدة، وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين، وإن كان يظهر بعض مظاهر القصور المعرفي مع مرور الوقت...".

ويمكن إيجاز تعريف هذا المرض كما يلي:

"هو مرض عقلي جسيم يتميز بأعراض متنوعة من أهمها الانسحاب من الواقع، والميل إلى تفكك الشخصية: أي تباعد كل جزء عن الجزء الآخر، وكذلك عدم اتساق الوظائف النفسية مع بعضها البعض، وأخيراً الميل إلى ظهور أعراض سلبية تدل على اضمحلال القدرات العقلية تدريجياً إذا لن تعالج علاجاً صحيحاً".

أسباب الفصام ومصاحباته

لا يوجد سبب محدد بذاته يمكن أن يكون مسؤولاً مسؤولية مباشرة عن حدوث الفصام، لكن هناك عوامل كثيرة متآزرة ومتداخلة لوحظ أنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بظهور المرض، وسوف نورد هنا أهمها:

1- الوراثة

(أ) لوحظ أن عائلات الفصاميين عندهم سوابق (تاريخ إيجابي) للمرض النفسي أكثر من غيرهم.

(ب) لوحظ أنه عند حدوث الإصابة في التوائم المتماثلة تكون متصاحبة فيهما بنسبة 40 إلى 60% بالفصام، كما لوحظت نسبة أخرى بالنسبة لدرجات القرابة الأخرى، وإن تفاوتت النتائج من بحث إلى آخر.

(ج) اختلف العلماء في نوعية الوراثة ما بين مورث متنح recessive أو متعدد العوامل multifactorial.

الوراثة في الفصام

درجة الوارثة نسبة تكرار المرض

التوائم المتشابهة 40-60%

الوالدان مصابان معاً 40%

الد واحد مصاب 17-20%

الإخوة الأشقاء 14%

الإخوة غير الأشقاء 7%

(د) في عدد أقل من الأبحاث لوحظ أنه قد توجد في نفس العائلة صفات إيجابية متميزة قد يكون لها علاقة ما بالفصام، وإن كانت طبيعة هذه العلاقة لم تستقر بعد، ومثال ذلك أنه قد يوجد في عائلة الفصامي عبقري أو متصوف أو قائد أو طفل عنده صعوبات فائقة في النمو.

2ـ السن

يبدأ المرض عادة في سن المراهقة وما بعدها حتى منتصف العمر المبكر، فقد لوحظ أن ثلثي الحالات تحدث ما بين سن 15–30 سنة، لكن بعض أنواع الفصام يحدث في أي سن ويكون له مميزات خاصة، فهناك فصام الطفولة وله علاقة شديدة بإعاقة النمو، كما يتميز فصام العمر المتأخر بمصاحبة باضطرابات وجدانية بدرجة أكبر.

3ـ التكوين الجسمي، والشخصية

يحدث مرض الفصام في التكوين النحيف والعضلي أكثر مما يحدث في التكوين المستدير.

كما يكثر هذا المرض في الشخصية الانطوائية، والشخصية ذات السمات الحساسة، والمتوجسة، والهشة.

لكن المرض يمكن أن يصيب أي نوع من الشخصيات أو التكوين الجسدي.

4ـ العوامل البيوكيميائية

في العقدين الأخيرين خاصة ظهرت عشرات الآلاف من الأبحاث التي تشير إلى وجود تغيرات كيميائية مصاحبة لمرض الفصام، ورغم الانتباه الشديد إلى أن وجود مثل هذا التغير لا يعني بحال من الأحوال أنه مسبب للفصام، إلا أن رصد الارتباط بهذه الصورة له أهمية قصوى، لأنه بناء على وجود زيادة أو نقص في هذه المادة الكيميائية أو الموصل العصبي، ظهرت نظريات علاجية جيدة استفاد منها بعض المرضى بشكل ملحوظ.

ومن أمثلة التغيرات البيوكيميائية:

(أ) زيادة نشاط الدوبامين، إما لزيادة إنتاجه أو تراكمه بسبب نقص الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية أو غير ذلك.

(ب) زيادة نشاط النورأدرينالين، مما يسبب حساسية تجاه النواقل العصبية الداخلية في المخ فينتج عن ذلك اعراض ذهانية تشبه الفصام.

(ج) نقص السيروتينين: حيث لوحظ أن مضادات الذهان تتحد بمستقبلات السيروتينين ويقل مولد السيروتينين (التربتوفان) في حالات الفصام.

(د) توجد ملاحظات أخرى بالنسبة لتغيرات في الإنزيمات المؤكسدة للأمنيات الأحادية، أو إنزيم الدوبامين بيتا هيدركسلار وغيرها.

(هـــ) ثبت أنه لمجموعة البيبتيدات التي تشبه الأفيون (الإندورفينات) دور هام في سببية الفصام.

(و) وجد أنه في بعض اضطرابات الغدد الصماء، وبعض اضطرابات الاستقلاب (الأيض) تظهر أعراض تشبه أعراض الفصام.

(ز) هناك أدوية تسمى أحياناً الأدوية المهلوسة تحدث ما يشبه الفصام مثل عقار الـــ ل. س. د.LSD، وهي تعمل مباشرة على المخ، وتبطل عملها الأدوية المهدئة التي تفيد في علاج الفصام، ومن هذا وذاك ذهب البعض إلى ترجيح أن الفصام يحدث نتيجة لإفراز أدوية أو تركيبات شبيهة بهذه المهلوسات.

5ـ تغيرات في المجموع العصبي المركزي

زادت الأبحاث الحديثة مؤخراً في التأكيد على دور المجموع العصبي والتغيرات التي تحدث فيه، جنباً إلى جنب مع التغيرات الكيميائية السالفة الذكر، بحيث أصبحت المسألة شديدة الأهمية، ومن هذه التغيرات:

(أ) توجد شذوذات في تخطيط كهربية الدماغ لدى مرضى الفصام أكثر منها عند العامة.

(ب) توجد علامات ضمور في الدماغ تؤدي إلى اتساع البطينات وخاصة البطين الثالث، ويحدث هذا بوجه خاص في الحالات المزمنة، والمتصاحبة بالتعوق وفي الحالات المهملة ذات الأعراض السلبية مثل فقد الإرادة والتبلد العاطفي.

(ج) توجد علامات قصور في المجموع العصبي غير محددة مثل القصور في التحكم الحركي، والتعرف اللمسي والاهتزاز، كما تظهر رعشات وخلل في المشية، وفي الحالات المتأخرة جداً تعود المنعكسات البدائية للظهور مثل منعكس "القبضة **grasp**"، ومنعكس "اليد إلى الفم".

تغيرات ومصاحبات وأسباب نفسية

إن أغلب النظريات والمصاحبات النفسية تفسر حدوث الفصام، ولكنها لا تؤكد العلاقة السببية مع ظهوره، وبالتالي فإنها اجتهادات فرعية وفرضيات مفيدة، وليست أسباباً محددة.

1- يرى البعض أن الفصام هو نتيجة لتجمع عادات سيئة أو نتيجة للتفاعل الخاطئ مع البيئة، فإذا زاد الضغط الخارجي مع هشاشة التكوين

الشخصي، زاد العجز عن تقبل الواقع، وانسحب الشخص إلى داخل ذاته، ثم إلى عالم الخيال، ومن ثم حدث الفصام.

2- يرى آخرون أن أهم أسباب الفصام هو التثبيت وتباطؤ النضج عند مرحلة باكرة من مراحل النمو، وهي المرحلة التي تضعف فيها العلاقة بالموضوع وبالواقع، ثم ينمو الإنسان بعد ذلك وفي داخله عوامل جذب شديدة إلى هذه المرحلة، فإذا ما أصيب بإحباط أو زادت الضغوط الظاهرة أو الخفية، فإن النتيجة هي النكوص إلى هذه المرحلة الباكرة من النضج، والتي تظهر فيها علامات الفصام.

3- رأى آخرون أن الخطأ الأساسي الذي يؤدي ظهور الفصام هو عجز اللغة عن القيام بوظيفتها التواصلية بشكل له معنى وغاية.

4- رآى فريق آخر أيضاً أن احتفاء المنطق العام وإحلال المنطق البدائي والانفعالي والذاتي محل المنطق العام هو سبب حدوث الفصام نتيجة لانعدام التواصل مع الآخرين، ومن ثم الانغلاق على الذات، ثم التفكك وضمور عدم الاستعمال.

5- رأى البعض أن المشكلة هي في عجز الفصامي عن القيام بكفاءة بالعملية الانتقائية الهادفة للمثرات المدخلة إلى المخ، والانتقاء من بين فيض من مثيرات الإدراك، ونتيجة لهذا العجز يتشتت الفصامي، فيغلق نوافذ إدراكه في مواجهة هذا الفيض كآلية دفاعية، بما ينتج عنه نوع من

التصلب، وكذلك قد يكون تكوين الوهامات (الضلالات) هو محاولة لإعادة تنظيم هذه المثيرات الغامرة بلا تميز.

6- تعتبر العوامل البيئية أيضاً من المؤثرات التي تواترت مع ظهور الفصام مثل العوامل المؤدية للعزلة عن المجتمع، أو عوامل التربية المحدثة لنوع من خلل الحكم على الأمور والتشتت، أو العوامل التي تؤثر على توازن الطفل واليافع مثل الخلاف المعلن والمخفي بين الوالدين، وتذبذب معاملة الوالدين.. أو تناقض معاملتهما مع الطفل تجاه نفس الشيء.

الأسباب المرسبة Precipitating factors

من الصعب الربط بين ظهور مرض الفصام وبين موقف أو حدث أو إصابة أو حمى مثلاً، لكن العامة والأطباء قد يلاحظون أن بعض المواقف الصعبة التي يسمونها مجازاً مواقف "الحياة والموت" "حقيقة أو مبالغة" تكون مصاحبة لظهور مرض الفصام "في مصر مثلاً يتواتر ظهور هذا المرض مع امتحان الثانوية العامة". كذلك يظهر المرض نوع من الحرمان المفاجئ الشديد، أو الإحباط، أو الحمى أو إصابات الرأس، وكل هذا لا يعتبر سبباً مباشراً بقدر ما يعتبر سبباً مرسباً، وهو على حد التعبير الشائع يكون هذا السبب بمثابة "القشة التي قصمت ظهر البعير".

بعد ذكر الأسباب والمصاحبات لابد أن نشير إلى أن كل ما ذكرنا هو ملاحظات متواترة أكثر منها أسباباً محدثة، والأمر يحتاج إلى

تراكمات وتفاعلات بين كثير من هذه الأسباب بعضها مع بعض، بينها وبين أسباب أخرى لا نعرفها حتى يظهر الفصام.

أعراض الفصام

اضطراب التفكير

I- الاضطراب الجوهري للفكر:

1- الغموض (التفكير العهني، شبه الفلسفي).

2- اللاترابط.

3- التفكك.

4- اللاتوافق.

5- عرقلة (توقف) التفكير.

6- انحراف التفكير.

7- فقر التفكير.

8- التفكير البدائي.

II- اضطراب محتوى الفكر:

1- الوهامات (الضلالات) غير الطبيعية.

2- وهامات (ضلالات) الاضطهاد.

3- الوهامات (الضلالات) غير المتسقة.

III- اضطراب الإدراك:

1- الهلوسة وخاصة السمعية.

2- اضطراب صورة الذات والجسد.

3- تغير إدراك العالم.

IV- اضطراب امتلاك الفكر مثل:

1- سرقة الأفكار.

2- إقحام الأفكار.

3- إذاعة الأفكار.

V- اضطرابات الوجدان:

- ضحالة الوجدان.

- تبلد العواطف.
- فقد الترابط.
- اللامبالاة.
- تذبذب العواطف.
- التناقص (ثنائية الوجدان).
- فراغ الوجدان.
- عدم توافق العواطف (مع الفعل أو الفكر).
- الابتسامة السهلة غير المناسبة.

VI- اضطراب الإرادة والفعل والحركة:

- الوضع المتجمد.
- التوهان عن الزمان.
- الغيبوبة.
- تقليد (صدى) الكلام والحركة.
- الطاعة العمياء.

- المعاندة.
- التذبذب فقد الإدارة.
- التسيير بقوى خارجية خفية.

VII- اضطرابات عامة وأخرى:

- تدهور الصفات الشخصية.
- إهمال المظهر الذاتي والنظافة الخاصة.
- الانسحاب والداتوية.
- ضعف أو فقد حدود الذات.
- الأعراض العصبية الطفيفة.
- الأفعال النزوية المفاجئة.

أعراض الفصام

الفصام مرض يصيب الشخصية ككل بالتفكك، كما يهدد الوظائف النفسية والذهنية بالاضمحلال والتدهور، وهو يظهر بشكل خاص في مجال التفكير، وخاصة مجال ترابط التفكير، كذلك يظهر في كل

من مجالات الوجدان، والفاعلية (بشمولها الإرادة واتخاذ القرار)، وفيما يلي موجز شديد لأهم أعرض الفصام:

اضطرابات التفكير:

I- الاضطراب الجوهري للفكر.

وسوف نورد اضطراب التفكير بتفصيل وتحديد أكثر، لأن هذا هو ما يميز الفصام أساساً:

1- **غموض التفكير**: وهنا يبدو تفكير الفصامي متداخلاً ومكثفاً، له بداية قد تكون واضحة لكنها لا تؤدي إلى شيء، وهذا ما يقال له : الباب المغلق الذي ليس وراءه شيء:، ويسمى هذا أيضاً بالتفكير العهني، مثل العهن المنفوش الذي لا تستطيع أن تمسكه رغم الرؤية الظاهرة لكتلته.

2- **اللاترابط**: وهنا يظهر الكلام (الدال على الفكر عادة) غير مترابط، فتكون الجمل مثل مبتدأ بلا خبر، أو عدة عبارات غير متماسكة ولا تصل إلى هدف له معنى مفيد.

3- **التفكك**: يطلق هذا اللفظ بصفة عامة على عدم الترابط البسيط، وعلى كثير من مظاهر الافتقار إلى الوحدة الضامة لأي مسار فكري.

4ـ **اللاتوافق**: وهو يعني عدم ترابط الفكر مع العاطفة المصاحبة عادة مثل أن يضحك المريض وهو يحكي مأساة أو يسمع نبأ فاجع.

5ـ **عرقلة "توقف" التفكير**: وهنا يتوقف التفكير تماساً ويشكو المريض من ذلك أو يستمر بعد التوقف في موضوع جديد غير الذي بدأ به، ويحدث ذلك دون بعد عن وعي المريض عادة وإن كان المريض أحياناً يحاول أن يجد تفسيراً.

6- قد يحدث انحراف في مسار التفكير دون عرقلة ويسمى: التخارج أو الخروج عن القضبان.

7- **فقر التفكير**: وهنا يكون محتوى التفكير فقيراً، فلا يخرج المريض عن موضوعات قليلة محدودة، يدور ويلف حولها دون انقطاع.

8- **التفكير البدائي**: وهو التفكير الذي يشير إلى عجز المريض الفصامي عن التجريد وفهم المعنى الحرفي للكلمات دون سواها، مثل عجزه عن معرفة مغزى مثل عامي، وإصراره على معناه الحرفي، كأن يتصور حين يسأل عن معنى أو استعمال المثل "ضربوا الأعور على عينه قال خسرانه خسرانه"، أن هناك شخصاً فقد عينا واحدة وهو يضربونه.

IIـ اضطراب محتوى الفكر:

أهم ما يميز اضطراب محتوى الفكر عند الفصامي هو وجود الوهامات (الصلالات)، وأهم الوهامات (الضلالات) في حالات الفصام

هي وهامات (ضلالات) الاضهاد، والمطاردة، والمؤتمرات، والتجسس، وكذلك وهامات (ضلالات) الشك والغيرة والخيانة الزوجية، وعادة ما تكون الوهامات (الضلالات) شاذة وغير متسقة، وقد تكون منتظمة انتظاماً بسيطاً إذ تصنع منظومة وهامية (ضلالية).

لكن توجد حالات فصام دون وجود وهامات (ضلالات) أصلاً. كذلك إذا كانت الوهامات (الضلالات) المتسقة تماماً صانعة لمنظومة وهامية (ضلالية) محكمة، مع عدم وجود علامات تفكك وتدهور أخرى في الشخصية، فإن وجود هذه الوهامات (الضلالات) ليس دليلاً على الفصام بل على حالات الزور (البارانويا).

III- اضطرابات الإدراك:

يعتبر الإدراك مدخلاً للفكر، وللاتصال بالعالم الخارجي، ولتنظيم المعلومات، واضطراب الإدراك في الفصام يظهر في شكل هلاوس سمعية أساساً، وإن وجدت هلاوس من أي نوع آخر في مختلف الحالات، وتكون الهلاوس خارجية، أو داخلية (صوت الداخل مسموع)، وقد تكون آمرة (افعل كذا)، أو معقبة (ها هو يفعل كذا، ها هو يضحك، ها هو يقوم، ها هو يجلس)، وقد تكون الهلاوس غامضة، أو مركبة، أو عابرة.

IV- اضطرابات امتلاك الأفكار:

قد يشكو الفصامي من أن أفكاره ليست ملكاً خاصاً به، وأنها أفكار غيره، تزرع في مخه وتقع عليه، وقد يشكو أن أفكاره الخاصة لم يعد يسيطر عليها، وأصبحت مشاعاً لغيره من خلال إذاعتها، أو سماعها بين الناس دون إدنه.

V- اضطرابات الوجدان (العاطفة):

يختل الوجدان في الفصام في أشكال متعددة وأهم مظهر لهذا الخلل هو ضحالة التفاعل الظاهر، وتبلد العاطفة، مما يترتب عليه ما يسمى باللامبالاة وانعدام التفاعل العاطفي، وكذلك قد يكون هذا سبباً في ما يشعر به الطبيب والفاحص عامة من أنه لا توجد علاقة دافئة أو حميمة بينه وبين المريض الفصامي.

كذلك يعاني الفصامي (وخاصة في البداية) من تناقض وثنائية الوجدان (العاطفة)، فيشكو من أنه يحب ويكره نفس الشخص في نفس الوقت، وأنه غير قادر على تحديد موقفه الوجداني (العاطفي) منه.

وقد تشاهد على الفصامي درجة واضحة من تحولات النقيض وفراغ الوجدان، وإنما هو من نوع اندفاعه الانفعالي بشكل بدائي وفج، ثم تحولاته بلا مبرر ظاهر، استجابة لنزوة داخلية غير مرئية.

أما لا توافق العواطف، فهو من أذل المظاهر على التفكك ويبدو في شكل تلك الابتسامة المشهورة المسماة الابتسامة الهينة السرية، حيث يبدو المريض وكأنه يضحك لشيء ما في عالمه الداخلي. ومثال اللاتوافق حين يضحك المريض في موقف عزاء، أو يحزن حزناً واضحاً وخطيراً في موقف فكاهي دون تفسير.

VI ـ اضطرابات الإرادة والفعل والحركة:

تتصل الإرادة اتصالاً مباشراً بالفعل والحركة، والإرادة تبدأ باتخاذ القرار، وتتأكد بتنفيذه، وتحسم بتحقيق الهدف منه، وكل ذلك لا يتم إلا إذا كان للذات حدوداً ومعالم واضحة تسمح بذلك.

والفصامي يفتقد عادة إلى مثل هذا التحديد للذات، بما يستتبع أنه لا يستطيع أن يقرر، فيظهر عليه (أو يشكو) من التذبذب وعدم القدرة على اتخاذ القرار، وقد يبدو عليه أنه اتخذ قراراً، لكنه في واقع الأمر لا ينفذه إطلاقاً، (مثل طالب الثانوية العامة الذي أمضى خمس سنوات وهو لا يعمل شيئاً إلا إتخاذ قرارات متتالية بتنظيم ساعات استذكاره بجدول محكم، ولكن هذا الجدول لم ينفذ أبداً، وفي كل مرة هم بتنفيذ يقوم بتعديل ما في الجدول وهكذا لعدة سنوات حتى تبين أنه فصامي فقد إرادته.

وقد يظهر هذا الاضطراب في الإرادة في شكل سلوك حركي مثل الطاعة العمياء، حيث يطيع المريض كل ما يؤمر به ولو كان غريباً أو بلا مبرر، أو يفعل العكس فيما يسمى بالمعاندة– **ism negative**، أو يترك جسده يتصلب لدرجة أن الفاحص يمكن أن يشكله مثلما يشكل تمثالاً من الشمع (الطواعية الشمعية **waxy flexibility**).

وقد يظهر فقد الإرادة حين يبدو المريض مقلداً مكرراً مثل الصدى لما يقال أو يعمل أمامه، ويقال لتكرار الكلام كما هو دون فهم أو ترديد المريض صدى الكلمات **echolalia**، وحين يقلد الحركة يقال إنه صدى للحركة **echomatism or echokinesis** .

وقد يصل الجمود الحركي إلى درجة التجمد التي يقال لها الغيبوبة **coma**، وكل هذه العلامات والأعراض الحركية تحدث خاصة في النوع الجامودي (الجمدة أو الكاتاتونيا **catatonia**).

VII- الاضطرابات والأعراض العامة (والأخرى)

حيث إن الفصام هو اضطراب عام في الشخصية أساساً فإن النظر في اضطراب الشخصية ككل هو من أهم الأعراض والمظاهر السريرية (الإكلينيكية) التي ينبغي الالتفات إليها في الفصام، ومن ذلك:

تدهور العادات، وتدهور الصفات الشخصية، وانتقال السمات من النقيض سلبياً، (أي إلى نقيض أسوأ)، مثل ظهور علامات الوقاحة

والصفافة على شخص عرف طول عمره بالدماثة والحياء، وكذلك إهمال العناية الذاتية بالملبس والمظهر، وأيضاً ضعف أو فقد حدود الذات، وفقد الشعور بوحدة الذات بمعنى أن المريض يشعر أنه لا شيء وأنه لم يعد له حدود، أو أنه أصبح مثل مكنة خرقاء أو إنسان آلي، كذلك فإنه في الفحص قد يظهر على المريض علامات اضطرابات في المجموعة العصبي (انظر قبلاً) من النوع الطفيف غير المحدد تماماً.

ويظهر المريض أحياناً اندفاعات نزوية قد تكون سبباً في ارتكابه بعض الجرائم.

أنواع الفصام

ينقسم الفصام إلى عدة أنواع، وقد قسمها الدليل المصري/ العربي على أساس التدريج مع مراحل العملية الفصامية، ولكن هذا التدرج لا يمكن التيقن منه من الناحية العملية، وسوف نكتفي بذكر الأنواع الشائعة ثم نلحقها بإشارة محددة إلى بعض الأنواع الأخرى النادرة أو غير النموذجية.

أولاً ـ الأنواع الأربعة النموذجية

1– الفصام الفندي (الهيبفريني) **Hebephrenic schizophrenia**

يتصف هذا النوع بالتفكك أساساً، وإلى درجة أقل بالتدهور، وفيه تظهر كل الأعراض الدالة على تباعد أجزاء الشخصية عن بعضها، وكذلك الدالة على تباعد وحدات الوظيفة الواحدة عن بعضها، فمثلاً نجد عدم الترابط في التفكير بكل جوانبه مما يؤدي إلى أعراض اضطراب شكل الفكر بوجه خاص، كما تكون الوهامات (الضلالات) غير متسقة وغير منتظمة في منظومة وهامية (ضلالية) واحدة، ثم إن الفكر لا يتفق مع العاطفة بما ينتج عنه عدم توافق العاطفة، وكذلك لا يتواكب التنفيذ مع التفكير مما يترتب عليه مظاهر فقد الإدارة وبعض مظاهر فقد أبعاد الذات.

كما يتصف هذا النوع بوجود وهامات (ضلالات) حشوية، والاحتفاظ ببعض العواطف السطحية والفجة والمتقلبة، لكن كثيراً ما تظهر هذه الابتسامة الصفراء التي لا معنى لها، ويتأكد ذلك اللاتوافق حين نجد المصاب نشطاً إلا أنه نشاط غير هادف، وكأنه نشاط "يدور في حلقة مفرغة". ويحدث هذا النوع في سن مبكرة نسبياً، ويتخذ مساراً مزمناً، وقد ينتقل من نوع إلى آخر.

2– الفصام الزوري (البارانويدي)Paranoid schizophrenia

هذا النوع هو أكثر الأنواع تماسكاً، رغم أنه لابد أن تكون فيه درجة من اللاترابط سواء في الفكر أو في عدم اتساق الوهامات (الضلالات)، وإلا عد هذا النوع من حالات الزور (البارانويا) .**paranoia**

والوهامات (الضلالات) الغالبة في هذا النوع هي وهامات (ضلالات) الاضطهاد، فالمريض يشكو عادة من رجال الأمن الذين يتبعونه، ومن النظام العالمي الجديد الذي يضطهده هو بوجه خاص، ومن الزبال الذي يضع له أجهزة تنصت في برميل القمامة القريب من منزله، إلى آخر ذلك، لكن هذه الشكوى لا تمثل منظوم محكمة، وإن كان الفاحص المتعجل قد يتصور أنها منظومة.

ويحدث هذا النوع من الفصام في سن متأخرة نسبياً، (منتصف العمر عادة) كما أنه قد يكون مصاحباً بتفاعل عاطفي يناسب محتوى الوجدان أو مصاحباً بدرجة ما من الاكتئاب، وفي حالة وهامات (ضلالات) العظمة المصاحبة قد يكون هناك درجة طفيفة من لوثة الزهو غير المناسب.

هذا ولا تتدهور شخصية الفصامي الزوري (البارانويدي)، كثراً، فيظل محتفظاً بتماسكه وحدود ذاته لفترة طويلة، كما أن أغلب تصرفاته تكون متفقة مع محتويات وهاماته (ضلالاته) بدرجة متوسطة.

3- الفصام الجامودي (الكاتاتوني)Catatonic schizophrenia

يتصف هذا النوع بأنه يظهر في صورة ذات وجهين، فالمريض إما أن يحضر في حالة هياج شديد جداً، يظهر في شكل تحطيم أعمى، وانقضاض خطر على من حوله وما حوله، أو أنه يظهر في شكل غيبوبة يصل إلى ما يشبه الموت، وهذا النوع آخذ في الانحسار عن ذي قبل،

فمنذ ثلاثة عقود كان هذا النوع متوتراً بشكل أكثر من هذه الأيام، ولا يعرف لماذا اختفى هذا النوع، فيقال إن ذلك بسبب استعمال الأدوية لمدة طويلة وبشكل مبكر، ويقال إن سبب ذلك هو اختلاف ظروف البيئة ونوع الحياة، مما يحتاج إلى أبحاث خاصة، لتحقيقه.

وأثناء نوبة الفصام الجامودي التهيجي يصعب اكتشاف الأعراض التخشيبية مثل التشكيل الشمعي، أو الطاعة العمياء، أو محاكاة الحركة أو غير ذلك، كذلك فإنه أثناء الغيبوبة يصعب كذلك فحص المريض بالطريقة التي اضطراب الحركة واضطراب الإرادة، وهما ما يتميز به هذا النوع من الفصام بشكل خاص. لكن يمكن اكتشاف هذه الأعراض الجامودية (الكاتاتونية) في الحالات المتوسطة قبيل الغوص في الغيبوبة أو بعيد التهدئة من الهياج.

على أن وجود الأعراض الجامودية (الكاتاتونية) في أي نوع آخر من الفصام (مثل الفصام الفندي أو الفصام الزوري)، لا يعني أن هذا النوع قد انقلب هكذا إلى النوع الجامودي، فهذه الأعراض يمكن أن توجد بدرجة أو بأخرى في أي نوع آخر.

4- الفصام البسيط Simple schizophrenia

وهذا النوع ذو الاسم الخادم هو من أخطر الأنواع ، وكلمة بسيط هذه كلمة تاريخية لا تعني آية درجة من البساطة، لكنها أطلقت على هذا النوع لقلة الأعراض الإيجابية الظاهرة واللافتة للنظر والداعية

للإسراع بالعلاج، وذلك مثل الهلاوس والوهامات (الضلالات) والهياج ووفرة الكلام غير المترابط، ونظراً لاختفاء هذه الأعراض الظاهرة فقد اختفى هذا النوع من فئة الفصام في فترة من فترات التقسيم واعتبر نوعاً من اضطراب الشخصية، لكنه عاد فظهر ثانية.

ويتصف هذا النوع من الفصام بأن له بداية مخادعة أو مخاتلة **insidious**، ومساراً تدريجياً متفاقما في بطء، الأعراض أغلبها أعراض سلبية أي أنه توجد درجة متقدمة من التبلد الوجداني واللامبالاة وتسطيح الانفعال. كذلك تظهر أعراض فقد الإرادة بشكل مباشر، إذ يعجز المريض تدريجياً حتى تقل دائرة نشاطه الاجتماعي بشكل شديد، ويتجه المريض إلى الرضا بأقل من قدراته بشكل يتعجب له من حوله ويتساءلون عن "أين ذهب طموحه الذي كان يعد به قبلاً؟" (قارن حالة موريل: أول حالة وصفت فيما سمي بالخرف المبكر).

وكذلك يتصف هذا النوع بأن المريض يبالغ في شرح وجهة نظره بالتبرير المرضي الجسيم الذي يكاد يفسر كل الأعراض بما يتفق مع تخيلاته الخفية ويؤكد ضرورة انسحابه وتبلده.

ثم إنه لا توجد في هذا النوع أية وهامات (ضلالات) أو هلاوس إلا إذا وضع تحت ضغوط خاصة ولفترة كافية، وعندها فإن الوهامات (الضلالات) تتكشف، إلا أنها سرعان ما تختفي إذا ما ذهبت الضغوط ولا يبقى إلا التبلد وفقد الإرادة.

ثانياً- الأنواع الأخرى

1- الفصام البادري Prodromal schizophrernia

يختلف الباحثون في أحقية هذا النوع في التشخيص باعتباره فصاماً فعلاً، والدليل المصري هو من الأنظمة التشخيصية النادرة التي تعترف بهذا التشخيص، وهذا النوع يتصف بما يشير إلى احتمال بدايات الفصام دون وجود أعراض صرحة تدل على التفكك أو تهدد بالتدهور، ومن اهم أعراضه التوقف الفجائي عن الإنجاز السابق لفرد ما دون وجود اكتئاب أو أسباب في المحيط من حوله تبرر هذا التوقف، وكذلك ظهور إحساس بتغير مفاجئ في الذات، ونوع العلاقات، وتظهر أعراض الغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع وتبدد الذات، كما يصحب ذلك درجة من التحريف وسوء التأويل الذي لا يصل إلى درجة الوهامات (الضلالات).

وهذا النوع قد يسمى أحياناً الفصام العصابي على أساس أن الأعراض أشبه بالأعراض العصابية دون الذهانية، لكن الفصام العصابي هو نوع من الحل الوسط الذي يظهر في شكل أعراض عصابية غير نموذجية يمكن أن نلمح وراءها علامات التفكك الكامن الذي نجحت الأعراض العصابية في إخفائه.

2- الفصام الحاد غير المتميز

Acute undifferentiated schizophrenia

يحدث أحياناً أن تبدأ أعراض الفصام بشكل حاد وشديد دون أن تكون هذه الحدة جزءاً من نوبة هياج جامودي أو بشكل هياج فوق مسار نوع آخر من أنواع الفصام المزمن. وبما أن الفصام بطبيعته مرض مزمن، فقد تحفظ كثير من العلماء ضد هذا التشخيص، ونستثنى من ذلك الدليل المصري العربي، لذلك نوجز علاماته فيما يلي:

هو نوبة حادة تعلن بظهور الأعراض التفككية والانسحابية للفصام، وما يصحبها من تخليط **confusion**، وهياج ووهامات (ضلالات) أولية في العادة، ولا يكون الوعي فيها مختلاً أو غائماً، وقد تستمر هذه النوبة لمدة أسبوعين أو أكثر، إلى أن تختفي تماماً فيما ندر، أو أن تتحول إلى نوع آخر من الأنواع المزمنة التي سبق وصفها، أو إلى غيرها، وفي هذه الحالة لا بد أن تسمى باسم النوع الذي صارت إليه.

3- الفصام المزمن غير المتميز

Hronic undifferenatiated schizophreania

كثيراً ما نتبين نوعاً من الفصام يقع بين النوع المتفكك والنوع الزروي (البارانوي)، فلا هو شديد التفكك حتى يسمى فصاماً فندياً، ولا هو جم التماسك حتى نعتبره فصاماً زورياً "بارانويدياً"، فيطلق على هذا النوع الحدي "بين بين" الفصام المزمن غير المتميز.

على أن بعض الباحثين يجعل هذا الصف يشمل الأنواع الأخرى التي لا يمكن تحديدها تماماً، وكأنه السلة التي يجمع فيها "ما ليس كذلك"، وهذا ليس موقفاً مفيداً عادة.

وفي هذا النوع يمكن أن نستنتج كيف سنجد درجة من أعراض التفكك مثل عدم الاضطراب الجوهري للفكر، وعدم توافق الوجدان، ولكن درجة أقل مما شرحناه مع الفصام الفندي، كذلك نجد الوهامات "الضلالات" أقل من أن تكون بشكل منظومة كما هو الحال في الفصام الزوري "البارانويدي" وأكثر تماسكاً من الفصام الجامودي.

4- الفصام الوجداني (العاطفي)

Schizo- affective schizophrenia

أحيانا نقابل حالات من الفصام مختلطة ومتداخلة تماماً مع اضطرابات وجدانية أكيدة مثل الاكتئاب أو الهوس بوجه خاص، وهذه الحالات قد تأخذ طابع الدورية، وقد تختفي النوبة دون أن تترك أثراً سلبياً في الشخصية بشكل أو بآخر، ويسمى هذا النوع الفصام الوجداني، وقد يسمى باسم الوجدان الغالب، فنجد فئة فرعية تحت اسم الفصام الوجداني الاكتئابي، أو الفصام الوجداني المختلط بين الهوس والاكتئاب، حيث نجد في هذه الحالة كلا من أعراض الهوس والاكتئاب وقد اجتمعا أو تناوبا في سرعة فائقة.

5– الفصام المتبقي Residual schizophrenia

حين تنتهي نوبات الحدة، أو بعد علاج متوسط النجاح، قد يصل مسار المريض الفصامي إلى حالة لا هي بالشفاء، ولا هي بالفصام الصريح الذي كان، فتهمد الأعراض نسبياً، وتتجمع الشخصية بدرجة ما، وتعود العلاقة بالواقع بشكل هادئ وعادة على مستوى أدنى من التكيف.

وفي هذا النوع يظل التفاعل الوجداني (العاطفي) هامداً وإن كان ليس متبلداً تماماً، وتظل الوهامات (الضلالات) موجوده لكنها بعيدة وغير متداخلة في الحياة العادية، وأحياناً يقال عنها أنها متحوصلة، لكن الحوصلة قابلة للكسر في أي لحظة، كما تبهت الهلاوس أو تختفي، مع قيام المريض ببعض التكيف الاجتماعي والعمل المتواضع.

تشخيص الفصام والفحوص المناسبة

لا توجد وسائل تشخيصية محددة يمكن أن تحسم الأمر في مسألة تشخيص الفصام، ذلك أن كل التغيرات الكيميائية والبيولوجية التي أشرنا إليها سابقاً ليست خاصة بمرض الفصام دون غيره، وكذلك فإن الاختبارات النفسية باختلاف أنواعها هي عوامل مساعدة وليست أدوات تشخيصية بديلة عن الفحص السريري (الإكلينكي).

وأحياناً قد يتم تشخيص الفاصم بالطريق الراجع، بمعنى أن الحالة التي لا تتحسن تحسناً ملحوظاً من نوبة الذهان الحادة، أو الحالة التي

تتدهور بانتظام رغم العلاج المبادر، يقول عنها الطبيب بعد أن كان متجهاً إلى تشخيص آخر، إنه قد ثبت أنها كانت فصاماً منذ البداية، وهذا ما نعنيه بالتشخيصبالطريق الراجع **retrograde diagnosis**.

مآل الفصامPrognosis

رغم أن الفصام مرض خطير وسيئ السمعة إلا أن هذا ليس قاعدة مطردة، وهناك علامات تشير إلى مآل حسن في بعض الحالات كما أن هناك علامات أخرى تدل على العكس. وبصفة عامة فإنه كلما بعد الفصام عن النموذج المطابق لما سبق أن أوردنا من أعراض تقليدية محددة تحسن الموقف بالنسبة للمآل، وعلى النقيض من ذلك كلما تطابقت اعراض الفصام وتاريخ الفصامي الشخصي والعائلي مع الأعراض النموذجية لما هو فصام فإن المآل يكون أسوأ فأسوأ.

والجدول التالي يبين أهم العوامل الدالة على المآل الحسن والسيئ للفصام.

مآل الفصام

مآل حسن مآل سيئ

البداية في سن متاخرة البداية في سن مبكرة (أوائل المراهقة)

البداية الحادة البداية المتدرجة

المسار الدوري المسار المتفتر والمستمر

الشخصية قبل المرض ناجحة ودافئة عاطفيا الشخصية قبل المرض هشة ومنغلقة وحساسة ومنعزلة واجتماعيا

ارتفاع نسبة الذكاء الذي استعمل في إنجازات واقعية انخفاض نسبة الذكاء أو توجيهه إلى التحوصل على الذات بمكاسب ذاتوية مطلقة، تساعد على إلغاء الآخر

وجود سوابق (تاريخ عائلي) سليم أو فيه وجود سوابق (تاريخ عائلي) حافل وخاصة بحالات فصام، اضطرابات عاطفية (دورية) تدهورات أو اضطرابات شخصية لها مضاعفات جسيمة

وجود عامل مرسب واضح هو الذي أظهر المرض عدم وجود عامل مرسب **precipitating** (المرض ظهر هكذا فقط)

وجود علامات وأعراض إيجابية مثل الوهامات وجود علامات وأعراض سلبية مثل ضحالة الوجدان وفقد (الضلالات) الزورية وفقد الإدارة

عدم نموذجية أعراض الفصام تماماً نموذجية الأعراض

الاحتفاظ بدرجة مناسبة من التفاعل الوجداني فقد المشاعر واختفاء التعاطف الوجداني (العاطفي)

وجود دعم أسري محصن وموفر للحنان في الافتقار إلى جو أسري (واجتماعي) حازم ومسامح

العلاج المبكر التأخر في بداية العلاج

العلاج التأهلي المتكامل والمركز على استعادة العلاج أحادي الشكل مثل الاقتصار على العلاج بالحقن

العلاقة بالواقع وليس مجرد اختفاء الأعراض طويلة المدى دون تأهيل، أو مثل الاكتفاء بالعلاج النفسي العميق دون الأدوية المناسبة.

معالجة الفصام

أولاً- المعالجة الوقائية

ويشمل العمل على تجنب زواج الأقارب في العائلات التي فيها سوابق عائلية (تاريخ إصابة) إيجابية شديدة، كذلك النصح بالإقلال من فرص الإنجاب عند الفصاميين، هذا إذا أنجب، وأيضاً العناية بدرجة مناسبة من التماسك الأسري، ووضوح المعاملة، وسلامة الرعاية، ودفء العواطف، ومرونة الحوار.

ثانياً- التخطيط العلاجي

لا يوجد في الطب النفسي عامة، وللفصام بدرجة خاصة أية أدوية سحرية يمكن أن تصحح الاضطراب الكيميائي المحدد الذي يمكن أن يعتبر مسؤولاً عن ظهور المرض.

لذلك فإن معالجة أي مريض فصامي هو تخطيط شامل وعلاجات متداخلة متكاملة في حدود فرص الواقع المتاحة.

وفيما يلي بعض معالم الخطة العلاجية:

1- الهدف من المعالجة هو ضبط النوبة الحادة بأسرع ما يمكن.

2- الحد من التعود على المرض وظهور المضاعفات.

3- التغلب على الإعاقة، وإزالة الأعراض وخاصة تلك التي تمثل خطراً على المريض أو المجتمع، وإعادة تاهيل المريض الفصامي.

4- الحد من النكسات سواء بتقليل فرص حدوثها أم بتحوير نوعها أم بتقليل مدها.

5- التأهيل لتعليم طريقة أخرى للوجود في الحياة كما هي، مع الآخرين كما هم.

وتشمل الخطة العلاجية استعمال مختلف الوسائل العلاجية من فهم وتعاطف وتمريض وأدوية وجلسات تنظيم إيقاع المخ، كل ذلك بجرعات مناسبة وتوقيت دقيق.

ثالثاً- المعالجة الكيميائية

1- وتشمل مضادات الذهان مثل أدوية الفينوثيازين مثل اللارجاكتيل وتبلغ جرعته من ألف إلى ثلاثة آلاف ميلي غرام يومياً أو عقار البيتيروفينون من عشرة إلى أربعين ميلي غرام يومياً.

(وهذه مجرد أمثلة، لا تغني عن التفصيل في المعالجة).

2 – يمكن إعطاء هذه الأدوية ومكافئاتها في شكل حقن ذات مفعول طويل المدى، وذلك بالنسبة للحالات التي ترفض أو تنسى أو تقاوم العلاج بالفم، وكذا بالنسبة لبعض الحالات المزمنة التي تحمل بعض المخاطر التي لا توجد لديها فرص للتأهيل والعلاج المتكامل.

3– لابد من ملاحظة آثار هذه الأدوية وأعراضها الجانبية والحذر من الحماس في ضبط الأعراض الإيجابية الظاهرة، خشية أن يحل محلها أعراض سلبية فضلاً عن المضاعفات الممكنة للجهاز العصبي والحركي والعاطفي معاً.

4– من الممكن اتباع طريقة الحرجلة (نعطي ونوقف، ثم نعطي ونوقف بضوابط حسب الاستجابة) في إعطاء هذه الأدوية لتجنب كثير من المضاعفات.

5– في الحالات الحادة التي تعاني من اضطرابات النوم خاصة يمكن في البداية إضافة جرعات محددة من المهدئات الخفيفة أو المنومات.

6– في الحالات الدورية والمصاحبة بنوبات نزوية يمكن إضافة بعض مضادات الصرع، لا باعتبارها حالات صرعية، وغنما لثبات مفعول بعض هذه المضادات كعامل مساعد نحو الرجوع إلى التوازن البيوكيميائي والسلوكي.

رابعاً- المعالجة بالكهرباء

مازال هذا العلاج يمثل إنجازات التي حققها الطب النفسي في تاريخه، والمريض الفصامي يمكن أن يستفيد من هذا العلاج إذا أحسن توقيته، وضبط استعماله مع ساتر المعالجات الأخرى. ومن الخطوط العامة والملاحظات التي يحسن تذكرها في شأن هذا العلاج ما يلي:

1- إن هذه المعالجة تطبق في الحالات المصاحبة بدرجة واضحة من الاضطرابات الوجدانية وخاصة الاكتئاب.

2- قد تفيد هذه المعالجة في حالة الجامود **catatonia** جنباً إلى جنب مع المهدئات الكبرى.

3- تطبق هذه المعالجة بفاعلية أكبر في الحالات ذات الطابع الدوري.

4- تطبق هذه المعالجة في الحالات غير المتدهورة، ومع الأعراض الإيجابية النشطة مثل الوهامات (الضلالات) والهلوسات النشطة.

5- نلاحظ أفضل النتائج إذا طبقت هذه المعالجة بجرعات محددة (أربع إلى ستة) لدفع وقفة تعترض مسير الخطة العلاجية، وبعد تحضير مناسب بالأدوية المهدئة الكبرى وبعد إرساء علاقة علاجية هادفة على أرض الواقع بالتوجه إلى بدايات العودة إلى فاعلية العمل اليومي المتنظم.

6- لم تعد تصلح تسمية هذه المعالجة بمعالجة الصدمة الكهربية **electro- shock** ولا بالمعالجة بالتخليج الكهربي **electro**

convulsive therapy (E.C.T) حيث إنه لا يحدث صدمة، كما أن الاختلاجات لم تعد كما يتصورها العامة بعد استعمال المخدر العام ومرخي العضلات مع هذا العلاج، وقد اقترح لهذا العلاج اسم مناسب لغرض طبيعة عمله لاستعادة التوازن المناسب لإيقاع المخ، وهذا العلاج اسم مناسب لغرض طبيعة عمله لاستعادة التوازن المناسب لإيقاع المخ، وهذا الاسم هو معالجة مزامنة لإيقاع الدماغ

.Therapy (B.S.T) brain synchronizing

خامساً ـ المعالجة النفسية

من حيث إن كل علاقة علاجية حقيقية تشمل المعالجة النفسية، فإن ذلك يعني أن مريض الفصام لا يحرم ضمناً مما هو بالنسبة للمفهوم التقليدي معالجة نفسية، وينبغي أن نراعي في ذلك:

1- إن المعالجة النفسية بالمعنى الذي يشيع عن التحليل النفسي بما فيه ما يسمى التداعي الحر لا يفيد، بل قد يضر.

2- غن المعالجة النفسية تركيبية تربيطية، لا تكيكية تحليلية، أي إنها تهدف إلى إعادة تركيب أجزاء النفس المتناثرة وتربيطها في وحدة غنسانية فاعلة، ولا ترمي إلى تفكيكها أكثر لفحص عمقها وجوهرها.

3- إن الدعم النفسي يصاحب التأهيل والعلاج الكيميائي والكهربي معظم الوقت.

4- إن المعالجة النفسية الدؤوب قد تصل إلى نتائج مناسبة مع المعالجة الدوائية والتأهيل.

5- يقال إن بعض أنواع المعالجة النفسية العميقة والمكثفة تأتي بنتائج مفيدة جداً في بعض الحالات المنتقاة، إلا أنه ينبغي تذكر أنه لا يصلح لمثل ذلك إلا حالات نادرة خاصة، وأن هذه المعالجه تستغرق وقتاً طويلاً وتكاليفها باهظة ولا يمكن تعميمها.

سادساً- المجتمع العلاجي

يعتبر المجتمع العلاجي من أنسب أنواع العلاج للفصامي، حيث يتيح جواً من التفاهم العلمي المناسب، والمشاركة، كما يشمل المريض في جو عام منضبط مسامح في آن، بما يحقق إجازة بديلة من المجتمع الأوسع ثم عودة تدريجية، بدلاً من الانسحاب تماماً من المجتمع الخارجي الضاغط أو التسليم للانسحاق تحت شروطه. وفي المجتمع العلاجي تعطي معظم العلاجات ولكن بطريقة مناسبة للتكامل العلاجي.

سابعاً- المعالجة بالعمل work therapy والمعالجة بالنشاطات العلاجية

تساعد هذه المجموعة من المعالجات المريض النفسي في تجاوز وقفته والتغلب على انسحابه، وفي استعادة تدريب قدراته، والمشاركة مع

آخرين في هدف مشترك، والمقصود بالمعالجة بالعمل هو تنظيم جزء مهم من وقت المريض لأداء عمل معين (يستحسن أن يكون في جماعة) له عائد واضح يضمن الاستمرار، وينبغي أن ينظر إلى هذا العلاج على اعتبار أنه ليس مجرد ملء فراغ.

أما المعالجة بالنشاطات فيقصد بها الاهتمام بتنشيط كل القدرات الأخرى بشكل منتظم متناوب مع التهدئة الكيميائية وغيرها، بحيث يستعيد الجسد نشاط إيقاعه، وكذا يستعد الوعي يقظة تواصله، وهذا النشاط والتنشيط ليس مجرد رياضة بدنية أو تدعيم لياقة خاصة.

أما مفهوم العمل العلاجي، فهو أن يكون العمل علاجاً تماماً مثل الأدوية أو المعالجة المزامنة لإيقاع الدماغ، وهو يضبط بتوقيت وجرعات متزايدة ومتناقصة حسب الخطة العلاجية المتكاملة، وهو يهدف أيضاً إلى إبلاغ المريض بقية الرسالة العلاجية التي تؤهله للفاعلية والتكيف في المجتمع.

ثامناً- المعالجة السلوكية والمعرفية

تفيد المعالجة السلوكية البسيطة في بعض الحالات المزمنة خاصة، ولا سيما في تدعيم بعض انواع السلوك العادية واللازمة للعودة إلى العناية بالذات والتكيف مع المجتمع.

أما المعالجة المعرفية فهي تساعد تماماً في إعادة تنظيم اللغة من جهة استعادتها لأداء نشاطها التواصلي، كما تساعد في تربيط تشتت التفكير وتجاوز اضطرابه الجوهري.

تاسعاً ـ التأهيل

يعتبر التأهيل هو العلاج الأول لحالات الفصام التي أزمنت وانسحبت وكادت قدراتها تضمر لعدم الاستعمال، ويشمل التأهيل عادة المبادئ الأساسية لكل العلاجات السابقة، وكذلك يواكب استعمال بعض هذه العلاجات المناسبة بالجرعة المناسبة وللفقرة اللازمة أثناء التاهيل.

عاشراً ـ المعالجة مع الأسرة والمعالجة مع المجتمع

يعتبر كل من المجتمع والأسرة من المتغيرات الهامة في استمرار بقاء مرض الفصام، وما لم ننتبه إلى قلب دورهم– إن كان سلبياً– ومشاركتهم في تدعيم كل الاهداف السابقة لما هو معالجة الفصامي قد يعاق التقدم نحو الشفاء، ويتأكد هذا بشكل خاص في العالم العربي خاصة حيث تمثل الأسرة (والمجتمع) عاملاً شديد التداخل في الصحة والمرض.

متلازمات سريرية (إكلينيكية) ذهانية أخرى

1– اضطرابات الفصام الوجداني (العاطفي) **Schizo-affective disorders**

بعض الحالات قد تجمع بين أعراض الاضطرابات الوجدانية (العاطفية) وبعض أعراض الفصام بدرجة يصعب تصنيفها إلى أي منهما، لذلك فقد صنفت في فئة مستقلة تسمى اضطرابات الفصام الواجداني (العاطفي).

بالرغم من أن معظم التصنيفات العالمية قد اختلفت في تصنيف الفصام الواجداني (العاطفي).

فالبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الفصام والبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الوجدان (العاطف).

ولكن المراجعة العاشرة التصنيف الدولي للأمراض ICD-10 – للاضطرابات النفسية قد صنفته تحت فئة الاضطرابات الذهانية وليس تحت الفصام، كما كان يتبع في المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-9– للاضطرابات النفسية.

وبائيات المرض

لم تحدد وبائيات الفصام الوجداني (العاطفي) في صورته الحالية بدرجة كافية، ولكن بعض النتائج تحدد وقوع المرض 5% إلى 8% أي بمتوسط 7% .

أسباب مرض الفصام الوجداني (العاطفي)

حتى الآن لا نستطيع الجزم بالسبب الرئيسي لحدوث الفصام الوجداني (العاطفي) وهناك أربعة تفسيرات لحدوث المرض تتلخص في:

1- إما أن يكون نوعاً من أنواع الفصام الاضطراب الوجداني (العاطفي).

2- أو أن يكون ممثلاً لكل من الفصام والاضطراب الوجداني (العاطفي).

3- أن يكون فئة منفصلة تماماً ومختلفة عن كل من الفصام واضطرابات الوجدان (العاطفة).

4- قد يمثل مجموعة ائتلافية أو غير متجانسة تجمع الاحتمالات السابقة.

وهذا هو الرأي المرجح في الفترة الحالية، فبعض الحالات تضاف فيها الأعراض الوجدانية (العاطفية) إلى مرض فصامي بصورة واضحة، البعض الآخر تضاف فيها الأعراض الفصامية إلى اضطراب وجداني (عاطفي) سابق، ولكن لا يجب استخدام تشخيص الفصام الوجداني(العاطفي) إلا عندما يكون كل من الأعراض الوجدانية (العاطفية) والأعراض الفصامية متساويين في الوضوح في نفس النوبة.

الأعراض السريرية (الإكلينيكية)

حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض **ICD10**- الاضطرابات النفسية والسلوكية، تتبع الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض إحدى الصور التالية:

1- اضطراب فصامي وجداني هوسي.

2- اضطراب فصامي وجداني اكتئابي.

3- اضطراب فصامي وجداني مختلط (هوسي - اكتئابي).

4- اضطراب فصامي وجداني آخر غير محدد.

5- اضطراب فصامي وجداني آخر غير مصنف.

1ـ اضطراب فصامي وجداني هوسي

وهذه تجمع الصورة السريرية (الإكلينيكية) بين كل من أعراض الفصام مثل الوهامات (الضلالات) اضطهاد العظمة، وبالإضافة إلى بعض أعراض الفصام الأساسية (النموذجية) كاضطراب التفكير وخاصة إذاعة الأفكار أو التدخل في التفكير أو التحكم الخارجي في التفكير، وقد توجد بعض الأصوات التي يسمعها المريض من مختلف أنواعها، ويجب أن يوجد بشكل واضح في نفس الوقت زيادة في المزاج وزيادة في الابتهاج وارتفاع في تقدير الذات مع زيادة واضحة في النشاط.

2ـ اضطراب فصامي وجداني اكتئابي

وهنا تجمع الصورة السريرية "الإكلينيكية" كلا من أعراض الفصام (السابقة) وأعراض الاكتئاب الواضحة مثل (فقدان الشهية

واضطرابات النوم وهبوط في الطاقة الحركية وبطء في التفكير والشعور بالذنب مع بعض الأفكار الانتحارية).

3ـ الاضطراب الفصامي الوجداني (العاطفي) المختلط

وهنا يوجد كل من الأعراض الفصامية متواكبة في نفس الوقت مع أعراض اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب مختلط.

5/4ـ اضطراب الفصام الوجداني الآخر وغير المصنف

حيث توجد الأعراض الفصامية ولكن لا تستوفي معايير تشخيص الفصام أو الهوس أو الاكتئاب.

مآل ومعايير اضطراب الفصام الوجداني (العاطفي)

تختلف درجة التحسن حسب الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض، والنتائج المتاحة قد أوضحت ما يلي:

1- مآل مرض الفصام الوجداني الهوسي يشابه إلى حد كبير مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب.

2- مآل مرض الفصام الوجداني الاكتئابي- يشابه إلى حد كبير مآل مرض الفصام.

توجد بعض العوامل التي تضيء الطريق لتحديد مآل المرض.

(أ) الشخصية: يتحسن المريض ذو الشخصية السوية قبل بدء المرض، وتقل نسبة التحسن كلما كان المريض يعاني من بعض الاضطرابات في الشخصية.

(ب) بدء المرض: ترتفع نسبة الشفاء في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض فجأة، وتقل في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض تدريجياً.

(ج) العوامل الحافزة على المرض: نسبة الشفاء تزيد عندما توجد هذه العوامل الحافزة على المرض في البيئة المحيطة، أما هؤلاء الذين يظهر عليهم دون مسببات بيئية فتكون نسبة الشفاء أقل، لأن ذلك يرجح العامل الوراثي أو البيولوجي بدرجة كبيرة.

(د) الأعراض السريرية (الإكلينيكية): يسوء مآل المرض حسب نوع الأعراض الفصامية وخاصة السوابق العائلية (الأعراض السلبية).

(هـ) التاريخ العائلي (السوابق العائلية): وجود تاريخ عائلي للفصام يعتبر مؤشراً لسوء المآل، وعلى العكس إن وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للفصام الوجداني (العاطفي) أو اضطرابات الوجدان (العاطفة) تعتبر مؤشراً على ارتفاع نسبة التحسن.

ملحوظة: وجود أعراض فصامية أساسية أو نموذجية من المرتبة الأولى من أعراض شنايدر لا يؤثر على مسار المرض.

الشخيص التفريقي

1- الأمراض العضوية: مثل أمراض الجهاز العصبي وتصلب شرايين المخ أو التهاب السحايا أو بعض أنواع الصرع مثل صرع الفص الصدغي.

قد تظهر في هذا الأمراض إلى جانب الصورة السريرية (الإكلينيكية)، المميزة لها بعض أعراض الفصام الوجداني (العاطفي)، وهنا تجنب التفرقة حيث نجد بعض العلامات المصاحبة للأمراض العضوية مع زيادة في تشوش الوعي وضعف في القدرات والذاكرة والانتباه. وذلك بالإضافة إلى استعمال بعض الاستقصاءات المساعدة مثل تخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحوسب.

2- الفصام الوجداني (العاطفي) العضوي: قد ينتج عن تعاطي بعض الأدوية- مثل الكورتيزون والأمفيتامين- أو الأدوية التي تؤدي إلى الهلوسة مثل عقار الهلوسة (L.S.D). وهنا فالتفرقة تتضح من تاريخ المرض، وكذلك سرعة دخول المرض وبعض التشوش في الوعي.

3- كذلك يجب التفرقة بين كل الأسباب المؤدية إلى الفصام أو الاضطرابات الوجدانية (العاطفية) (كما سبق ذكرها).

المعالجة

1- الإدخال إلى المستشفى.

2- المعالجة الدوائية - وتستعمل مضادات الذهان مثل معالجة الفصام.

3- يعطى مرضى اضطراب الفصام الوجدني (العاطفي) الهوسي الليثيوم أو الكاربازيبام للوقاية من النكسات.

4- قد يعطي مرضى اضطراب الفصام الوجداني (العاطفي) الاكتئابي مضادات الاكتئاب، بالإضافة إلى الجلسات الكهربائية.

2ـ الاضطراب الوهامي (الضلالي) المشترك

هذا النوع من الاضطراب الوهامي (الضلالي) يعتبر نادراً إلى حد ما. وفيه يشترك شخصان تربطهما علاقة عاطفية وثيقة، وفي هذا الحالة يكون الشخص المهين مسيطراً على الشخص الآخر الذي ينقل إليه الوهامات (الضلالات) وهو عادة ما يكون معتمداً على الشخص الأول (المريض الأصلي).

وتنتقل الاعتقادات الوهامية (الضلالية) حينما تكون العلاقة بين الشخصين وثيقة بشكل مبالغ، وخاصة إذا كانوا في عزلة عن الآخرين إما بسبب اختلاف اللغة أو الثقافة.

السمات السريرية (الإكلينيكية)

1- تقاسم شخصين (أو أكثر) نفس الوهامات (الضلالات) بحث يؤيد أحدهما الآخر.

2– وجود علاقة وروابط وثيقة بينهما.

3– وجود دليل زمني بأن هذه الوهامات (الضلالات) قد انتقلت من الشخص المصاب إلى الشخص أو الأشخاص السلبيين، من خلال تعاملهم مع الشخص المريض.

4– يجب استبعاد هذا التشخيص إذا كان الشخصان المقيمان معاً يعانيان من نوعين مختلفين من الوهامات (الضلالات).

3ـ اضطرابات الوهام (الضلال) Delusion

هي اضطرابات، يكون العرض الرئيسي وربما الأوحد هو وجود وهام (ضلال) مع عدم وجود أي دليل على إصابة المخ عضوية، ويخلو صاحبها من أية أعراض وجدانية (عاطفية)، مثل تميز اضطرابات المزاج الكبرى، ويتماشى مزاجه عادة مع محتوى الوهام (الضلال)، أما عن محتوى الوهام (الضلال) فلا يكون شاذاً وغريباً مثل الفصام، وتبقى شخصية المريض وتفكيره خارج موضوع الوهام (الضلال) متماسكة.

نبذة تاريخية

كان كريستان هيزوث 1810 أول من أطلق كلمة بارانويا على حالات من المرض النفسي، تبعه أيسكيرول عام 1838 بالاسم مونومانيا

أو الجنون الأحادي ليبين أن هذه الحالات الوهامية (الضلالية) تخلو من أي اضطراب في التفكير والسلوك وأنه غير شائع، ثم كربلين **1921** والذي وصف حالات بأنها تبدأ بالتدريج وتتخذ مساراً مزمناً، وميزها أيضاً عن الفصام بخلوها من الهلاوس والأعرض النفسية الأخرى وعدم تدهور الشخصية.

وفي التقسيمات الحديثة "المراجعة الثالثة للتصنيف الأمريكي المعدل والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض **ICD-10**"، فقد ضم اضطراب الوهام (الضلال) غير الزوري إلى هذه المجموعة مثل وهام (ضلال) العظمة ولعشق والغيرة والجسدنة وغيرها.

الوبائيات

تقدر نسبة انتشار هذا النوع في الولايات المتحدة بـــ**0.03%**، وهي أقل كثيراً من نسبة الفصام (**1%**) واضطرابات المزاج (**5%**) وقد تكون النسبة أكبر من ذلك بكثير، نظراً لأن غالبية المرضى لا يلجؤون للطب النفسي إلا إذا اضطرهم الأهل والمحيطون إلى ذلك. ومتوسط عمر الإصابة بهذه الاضطرابات هو **40** سنة ولكن يتراوح ما بين **25-90** . وتصاب النساء أكثر قليلاً من الرجال، كما تزيد النسبة نوعاً بين الفقراء والمهاجرين. ويبقى الكثير من المرضى مواظبين على عملهم رغم الإصابة بالوهام (الضلال).

أسباب المرض

مازالت الأسباب الحقيقية مجهولة، وهناك اعتقاد عند البعض أنه نوع من أنواع الفصام أو اضطرابات المزاج، ولكن الدراسات الوراثية لعائلات المرضى أثبتت أن اضطرابات الوهام (الضلال) مستقلة عن غيرها.

كما أنه بتتبع الوهام (الضلال)، على البعيد نجد أنها لا تتحول إلى أي من النوعين الآخرين، وهذا ينفي الافتراض بأنه نوع مبكر من اضطرابات المزاج أو من الفصام. ويوجه للبحث وراء العوامل البيولوجية التي تركزت حول إصابة الجهاز الحوفي **limbic** والعقد القاعدية، نظراً لأن الإصابة العضوية في هذين الجزئين من المخ تعطي أعراضاً شبيهة في مرضى المجموع العصبي، ولكن لم توجد حتى الآن أية إصابة واضحة في مرضى اضطراب الوهام (الضلال).

ومن الأسباب النفسية والاجتماعية يرجح بعض العلماء أن العزلة الاجتماعية وعدم تحقيق الذات وفرط الحساسية وللجوء إلى الحيل الدفاعية الزائدة مثل الإسقاط والإنكار والمغالاة يساعد في تكوين الوهام (الضلال). وقد افترض فرويد أن الشذوذ الجنسي الكامن في العقل الباطن لهؤلاء المرضى يكون سبباً وراء هذا الاضطراب، وعموماً، فإن هؤلاء المرضى يتميزون في سوء الظن في العلاقات بين الناس، وربما يكون هذا استمراراً لما أحسوا به في فترة النمو داخل أسرهم التي تتميز أحياناً، بأب بعيد وقاس وأم مفرطة في التحكم.

الأعراض السريرية (الإكلينيكية)

يتميز هؤلاء المرضى بحسن المظهر والأدء الطبعي لواجباهم اليومية، وقد يبدو منهم ما يوحي بشكهم وتصرفهم، فعند فحصهم قد يتعمد المريض المشاكسة لإنهاء الحوار مع الطبيب، أو قد يلجأ إلى إحراج الطبيب لأخذ موافقته الضمنية على الوهام (الضلال)، ويجب الاحتراس من ذلك لأن هذا يضر بمسار العلاج فيما بعد.

ويتماشى مزاج المريض مع نزع الوهام (الضلال)، ففي معتقدات العظمة يكون مبتهجاً، في معتقدات الاضطهاد يكون مكتئباً أو حذراً، ولا توجد في هؤلاء المرضى هلاوس واضحة أو مستمرة، ونادراً ما تحدث بعض الهلاوس السمعية والتماشية مع موضوع الوهام (الضلال)، ولا توجد أي اضطرابات في التفكير، غير أن المريض عند مناقشة في موضوع الوهام (الضلال) يكون مسهباً ويعني بالتفاصيل، ويمتلئ كلامه عندئذ بتفسيرات شخصية، ويتميز الوهام (الضلال) عن غيره من الأمراض الذهانية بأنه أقرب إلى احتمالات الواقع.

ومن الضروري في تقييم حالات الوهام (الضلال) أن نقيم مد قدرة المريض على التحكم في اندفاعاته، وذلك معرفة تصرفه السابق إزاء وهاماته (ضلالاته) من ميل للعنف أو الانتحار أو ربما القتل، وإذا كان تحكمه في السابق ضعيفاً فهذا يساعد الطبيب على فتح الحوار مع المريض بالعلاج، وذلك لمساعدته في التحكم في اندفاعاته.

سير المرض ومآله

يبدأ المرض ببعض الأحداث الاجتماعية التي تخلق جواً من الشك، ومعظم الحالات تيدأ بالتدريج، وتزداد الشكوك المبدئية تعقيداً وإحكاماً، وعلى المدى البعيد تختفي الوهامات (الضلالات) في **50**% من الحالات، وتخف حدثها في **20**% من الحالات، وتستمر كما هي في **30**% من الحالات الباقية.

والتنبؤ بالمآل الجيد يعتمد على وجود قدرة جيدة على ممارسة العمل والعلاقات الاجتماعية الجيدة، والتأقلم مع ظروف الحياة، والبداية الحادة وقصر مدة الاضطراب مع وجود عوامل مرسبة– **tating precipi**، وفي المرضى من الإناث وقبل سن الثلاثين فإن وهامات (ضلالات) الاضطهاد والعشق والجسدنة يكون مآلها أحسن من الغيرة والعظمة.

التشخيص

لا ضطراب الوهام الضلال**9** نوعان رئيسيان:

1– اضطرابات الوهام (الضلال) الحادة: وتحدث في فترة تمتد أسبوعين ما بين انتقال المريض من الحالة الطبيعية إلى حالة الذهان الواضحة وحتى ثلاثة أشهر.

2- اضطرابات الوهام (الضلال) المستمر: وهنا تستمر الوهامات (الضلالات) فترة لا تقل عن 3 أشهر.

وله أنواع أخرى وفق المضمون، وهي مرتبة حسب شيوعها إلى خمسة أنواع هي:

(أ) الوهامات (الضلالات) الاصطناعية

ويكون المضمون بسيطاً أو معقداً في موضوع واحد أو موضوعات متشابكة، مثل مؤمرات الغش والخداع والتجسس والمراقبة أو الإضرار بالسم أو الأدوية أو محاولة إعاقة الأهداف، ويتخذ المريض من أحداث تافهة نواة يبني عليها قصة الوهام (الضلال)، ويكون في العادة حانقاً غاضباً، وقد يلجأ للعنف ضد من يتصورهم أعداءه.

(ب) وهامات (ضلالات) الغيرة

وفيها يتصور المريض من الجنسين أن الطرف الآخر غير مخلص له، ويتخذ من أحداث تافهة مصدراً لشكوكه، وقد يلجأ إلى تصرفات غير عادية، كأن يصر على حبس زوجته بالمترل أو تتبعها سراً أو يدير استجواباً مستمراً أو قد يلجأ للعنف.

(ج) وهامات (ضلالات) العظمة

وفيها يعتقد المريض أنه يمتلك موهبة فائقة أو بصيرة نافذة، أو أنه قد وصل إلى اكتشاف مهم، أو أن له علاقة غير مرئية بشخصية هامة حية أو ميتة، وقد تكون محتويات الوهام (الضلال) دينية، وبعض هؤلاء ينجحون في أن يقودوا بعض الطوائف الدينية المتطرفة.

(د) وهامات (ضلالات) العشق

وهنا يعتقد الشخص أنه محبوب من أحد المشاهير أو الرؤساء من طبقة اجتماعية متميزة، ويكون هذا الحب رومانسياً ملائكياً، وقد يصاحب هذا الوهام (الضلال) محاولات للاتصال بالمحبوب عن طريق الخطابات أو الهاتف أو الهدايا أو الملازمة المستمرة، ونادراً ما يبقى المريض هذا الوهام (الضلال) سراً، وغالبية الحالات السريرية (الإكلينيكية) تكون من النساء، ولكن الغالبية التي تعرض على الطب النفسي الشرعي (الجنائي) تكون من الرجال الذين يلجأون إلى العنف أحياناً لحماية وإنقاذ من يتصورون أنه يحبهم من مخاطر.

(هـ) الوهامات (الضلالات) الجسدية

وهنا قد يعتقد المريض أن الروائح الكريهة تنبعث من جسده (من جلده أو فمه أو شرجه أو مهبلها)، أو أنه يعاني من حشرات تمرح على

جلده أو داخله، أو أنه يعاني من طفيليات غريبة، أو أن أجزاء من جسمه مشوهة أو قبيحة، أو أن هناك ما يشير في جسمه أو مشيته أنه شاذ، أو أن أجزاء من جسده لا تعمل مثل القولون.

التشخيص التفريقي

يجب استبعاد الاضطرابات التالية:

1- أمراض المجموع العصبي العضوية وخاصة التي تصيب منطقتي الجهاز الحرفي **limbic** والعقد القاعدية، وهنا قد تظهر بعض الوهامات (الضلالات). ولكن الفحص الباطني والعصبي مع إجراء الفحوص المختبرية (المعلمية) والقياس النفسي مثل اختبار بندر جشتت واختبار وكسلر للذاكرة وتخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحسوب تكون ذات أهمية في التفرقة.

2- تفرق حالات الهذيان بوجود تشوش في درجة الوعي يتموج مع وجود اضطراب في القدرات المعرفية.

3- حالات الخرف المبكرة مثل مرض الزهايمر قد تعطي صورة شبيهة، ولكن القياسات النفسية للقدرات المعرفية تساعد في التشخيص.

4- هلاوس الكحول والمنبهات مثل الأمفيتامين أو معاقرة الحشيش أو دواء إل- الدوبا **L-dopa** وكلها تحتاج إلى تحاليل خاصة.

5- حالات الأدعاء والتصنع.

6- أما حالات اضطراب الفصام واضطرابات المزاج الكبرى فتفرقها بأن ضطراب الوهام (الضلال) يخلو من عوارض الفصام، وأن الوهام (الضلال) فيه يكون غير شاذ. وأحياناً تتشابه ضلالات العظمة والعشق والبهجة التي تصحبها مع حالات المرح. وتتشابه حالات الاضطرابات الجسدية مع حالات الاكتئاب، ولكن خلو المرض من أعراض الاضطراب المزاجي ومسار المرض يفرق هذه الحالات.

7- أما اضطراب الشخصية البارانوي (الزوري) فيتميز بفرط الشكوك في كل شيء دون وجود وهام (ضلال) محدد.

المعالجة

يكون دخول المستشفى ضرورياً في الحالات التي يحتمل فيها الانتحار أو تظهر فيها الميول العدوانية، أو تعرض العمل والعلاقات الأسرية للخطر والتمزق، وأحياناً لعمل اختبارات تشخيصية، وعلى الطبيب محاولة إقناع المريض بالدخول، وقد يقبل المريض بالدخول للمستشفى رغم عدم اقتناعه بجدوى ذلك خوفاً من التعرض لمشاكل قانونية.

المعالجة الدوائية

قد تحتاج بعض الحالات الحادة إلى أحد المهدئات الكبرى عن طريق الحقن العضلي، ولكن يفضل في الحالات المزمنة أن تعطي الأدوية بالفم، وغالباً ما يرفض المرضى أخذ الدواء، لأنهم يخشون حدوث أعراض جانبية، وقد يدخلون هذه الآثار في نسيج وهاماتهم (ضلالاتهم).

ولذا يستحسن إيضاح العوارض الجانبية للمريض حتى لا تثار شكوكه، ويستحب عدم البدء في وصف العلاج قبل أن تبنى مع المريض علاقة الألفة.

وإذا كان المريض قد عولج من قبل بالأدوية فإن أحسن مؤشر لاختبار الدواء الصحيح هو تاريخ سابق باستجابة حسنة لصنف معين، ويستحسن البدء بجرعة بسيطة مثل دواء الهالوبريدول **Haloperidol** (**1.5** ميلي غرام يومياً مثلاً)، تزداد تدريجياً إلى جرعة معتدلة، وإذا لم يستجب المريض في خلال ستة أسابيع تستعمل فصيلة أخرى من المهدئات الكبرى. والشائع في عدم الاستجابة للأدوية هو عدم مداومة المريض على العلاج، وإذا لم يستجب المريض للمهدئات الكبرى فيجب إيقافها، أما من يستجيبون فإن جرعة المداومة عادة تكون قليلة، ولا يوجد دليل على أن مضادات الاكتئاب أو دواء الليثيوم **Lithium** أو الكربامازيبن **Carbamazepine** لها فائدة في علاج اضطراب الوهام الضلال.

المعالجة النفسية

المحور الرئيسي للمعالجة النفسية الناجحة هو بناء علاقة ثقة جيدة مع المريض، والعلاج الفردي أبدى من العلاج الجماعي، ويجب الحذر من وافقة المريض على وهاملته (ضلالاته)، كما يجب عدم تحديه، وقد يستجيب المريض ويتعاون في العلاج عند استعداد المعالج لتقديم المعاونة في زيادة السيطرة على القلق والملل الذي يعاني منه المريض دون مواجهة بعلاج الوهام (الضلال) مباشرة.

ومن الضروري ألا يكون المعالج متردداً في طريقه، ويجب أن تكون مواعيد المريض منتظمة قدر الاستطاعة بعيداً عن التدليل، كما يجب ألا يسخر الطبيب من وهام (ضلال) المريض بأي تلميح أو إثارة، ولكن قد يبين له أن انشغاله بهذا الفكر يجهده وينغص عليه حياته، وحينما يبدأ المريض في التذبذب في وهاماته (ضلالاته) يحاول المعالج تقوية اتصاله بالواقع، وذلك باستنهاض همته نحو الشؤون الواقعية.

كما يجب إشراك أهل المريض في لحظة المعالجة دون أن يبدو على الطبيب أنه قد انحاز إلى جانب (الأعداء)، وعلى أقارب المريض أن يعلموا أن سرية المريض محفوظة، وأن ما يخص المريض سيناقش معهم في وجوده في وقت ما، وبهذا فقد يساند الأهل الطبيب والمعالجة.

مآل المعالجة النفسية

المعالجة النفسية تفترض أن علاقة المعالج مع المريض تقوى دفاعاته وتوقى الأنا وتثبيط دوافع المريض، وبذلك يتمكن المريض من التكيف رغم معتقداته التي تبقى لمدة طويلة، ويتعلم المريض بهذا أن يميز المواقف التي تثير الوهام (الضلال). والنتيجة الجيدة تعتمد على كفاءة المعالج، ويظهر ذلك في تحسين التكييف الاجتماعي أكثر منه في اختفاء الوهام (الضلال).

4ـ اضطرابات ذهانية حادة عابرة

وهي تأخذ عدة صور سريرية (إكلينيكية) مختلفة، مثل:

1- اضطراب ذهاني حاد متعدد الأشكال غير مترافق بأعراض فصام.

2- اضطراب ذهاني حاد متعدد الصور مع أعراض فصام.

3- اضطراب ذهاني حاد شبه فصامي.

4- اضطرابات ذهانية حادة أخرى وهامية (ضلالية) في الأغلب.

5- اضطرابات ذهانية حادة وعابرة أخرى.

6- اضطراب ذهاني حاد ومؤقت أو عابر- لم يتم تصنيفه في مكان آخر.

5ـ الاضطراب الفصامي الطابع Schizophreniform disorder

وهذا النوع من الاضطراب يتميز بوجود تصرفات غير مألوفة للمريض مع اضطراب واضح في التفكير والعواطف. قد تماثل إلى حد ما صورة الفصام، ولكن لا توجد أعراض فصامية مميزة ومتعددة في أي مرحلة ولكن عادة تأخذ الصورة بعض المواصفات التالية:

1– وجود وجدان متجمد أو متحفظ.

2– وجود بعض التغيرات في التصرفات أو المظهر بحيث يبدو غريباً أو شاذاً.

3– فقر في المعاملات العاطفية مع الآخرين مع ميل للعزلة والانطواء الاجتماعي.

4– معتقدات شاذة وغريبة مثل السحر والشعور بالقدرة على الهيمنة والتحكم في الأشياء المحيطة لا تتماشى مع المعتقدات السائدة في البيئة المحيطة.

5– أفكار زورية.

6– اجترارات وسواسية بدون مقاومة داخلية، غالباً ما يكون محتواها إما جنسي أو عدواني، أو شعور بتشوه في الشكل العام للمريض.

7– مشاعر إدراكية غير عادية مثل– اختلال الأدوات أو اختلال البيئة أو بعض الخداعات الحسية.

8- غالباً ما يتصف التفكير بوجود غموض أو تفصيلات غير مطلوبة، أو تعقيد أو تكرار، ولكن دون فقدان للمعنى.

9- نوبات عابرة من الاضطراب الذهاني قد تصاحبها هلاوس سمعية. وخداعات بصرية، وأفكار شبه وهامية (ضلالية) تحدث عادة بدون استثارة خارجية. ولا ينصح باستخدام هذا التشخيص على نطاق واسع، حيث إنه غير مميز وغير واضح وضوحاً تاماً عن الفصام البسيط أو الفصام الزوري، وكذلك غير مميز عن اضطراب الشخصية شبه الفصامي أو الزوراني، لذلك يجب أن نوضح أنه يجب توافر أكثر من ثلاث أو أربع سمات المميزة المذكورة سابقاً بشكل مستمر أو نوبات لفترة لا تقل عن عامين، ويجب ألا يكون المريض مستوفياً لشروط اضطراب الفصام، كما أن وجود تاريخ إصابة بالفصام في أحد أقارب الدرجة الأولى للمريض يعطي وزناً إضافياً للتشخيص ولكنه ليس شرطاً مؤكداً.

10- اضطرابات ذهانية غير عضوية.

11- اضطراب ذهاني غير عضوي لم يتم تصنيفه في مكان آخر.

اضطرابات المزاج والعاطفة

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذ الدكتور سالم نجم
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

اضطرابات المزاج mood والعاطفة affecti وتشمل:

1- نوبات الاكتئاب **depression**.

2- نوبات الهوس **mania**.

3- الاضطراب المزاجي الثنائي القطب **bipolar mood disturbances** (نوبات من الاكتئاب والهوس).

4- اضطراب عسر المزاج **dysthymia**.

5- اضطراب المزاج النوبي **epidosic**.

أهم سمات اضطرابات المزاج

1- اضطراب أولي في المزاج وتتبع كل الأعراض الأخرى من هذا المزاج الذي إما أن يكون حزناً وأسى أو بشكل اكتئاب أو سعادة وتيه وتفخيم وهو أو مرح.

2- دورات نوبية من الاكتئاب إلى المرح يتخللها مراحل من المزاج السوي.

3- إمكانية الشفاء في معظم الحالات.

واضطرابات المزاج من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، إذ تتراوح نسبتها بين **4-7**% بين مجموع السكان، أي يوجد حوالي عشرة ملايين مكتئب في العالم العربي، ويجب أن نفرق بين الأعراض الاكتئابية وهي شائعة، وقد بينت بعض دراسات المسح الوبائي أن هذه الأعراض منتشرة بنسبة **30-35**% من السكان، وبين الاكتئاب. والاكتئاب أحد أسباب الانتحار الهامة، إذ إن الإحصائيات تؤكد أن **50-70**% من المنتحرين في العالم يعانون من اضطراب اكتئابي، وتنتشر حالات الاكتئاب بين الطبقات العليا في المجتمع، والمهنيين، والإناث، وتكثر في الربيع وأوائل الصيف.

الأسباب

1- البيئة: إن تراكم كروب الحياة، والأحداث المختلفة تؤدي إلى ترسيب **precipiatate** الاستعداد، وينتشر اضطراب المزاج بين كبار

السن، وغير المتزوجين ولا سيما عند من يعاني من البطالة، وعدم وجود الترابط وفقدان المساندة الاجتماعية في البيئة.

2- الوراثة: تلعب الوراثة دوراً مهما في اضطراب المزاج، حيث يظهر في التوائم المتشابهة بنسبة 68%، وفي الإخوة بنسبة 30%، وإذا كان أحد الوالدين يعاني من الاكتئاب فالنسبة بين الأبناء حوالي 12%.

3- عوامل عضوية: ينتشر هذا الاضطراب قبل الدورة الشهرية، وفترات الطمث وبعد الولادة ومع الوذمة المخاطية **myxdema**، ومرض كوشينغ **Cushing disease**، والمعالجة بالكورتيزون، كذلك مع أمراض المرارة، والالتهاب الرئوي، وأورام المخ ومع استعمال أدوية خفض الضغط مثل السيربازيل والميثيل دوبا وحبوب منع الحمل.

4- عوامل كيميائية: وجد ترابط بين زيادة حساسية المستقبلات العصبية التالية للتشابك العصبي **postsynaptic** خاصة مستقبلات السيروتونين والدوبامين والنورأدرينالين وبين هذا الاضطراب، وأن كمية هذه النواقل العصبية **neurotransmitters** تقل في التشابك العصبي **synapsis**، وأن عمل الأدوية المضادة للاكتئاب هي زيادة كمية النواقل العصبية **neurotransmitters** في التشابك وخفض الحساسية في المستقبلات التالية للتشابك.

وكذلك لزحظ زيادة في كمية الكورتيزون في الدم، مما يتضح معه حدوث اضطراب في محور الوطاء **hypothalamus**– النخامية **pituritary**– الكظر **adrenal**.

الأعراض السريرية (الإكلينيكية)

(أ) نوبة الاكتئاب depression

1– المزاج السوداوي ويتميز بشدته صباحاً والتحسن مساء، وأهم الأعراض والإرهاق والإعياء والتعب، وعدم القدرة على مواصلة العمل، وفقد الاهتمام بمباهج الحياة، ويصبح المريض عندما يشتد الاضطراب عاجزاً، يائساً مع خوف وسلبية ناحية الماضي والحاضر والمستقبل.

2– أعراض نفسية: وأهمها الشكوى من أعراض بدنية مختلفة، وآلام جسمية من الصداع إلى آلام الظهر، إلى الاختناق، والشعور بضغط على الصدر، وآلام روماتزمية. وتشتد أيضاً هذه الأعراض صباحاً مع الإحساس بفقدان أهمية ما يعلمه وما ينجزه، والفشل والفقر والشعور بالذنب والتنقيب في الماضي لإيجاد سبب يفسر به إحساسه بالذنب والخطيئة.

وقد يعاني المريض من وهامات (ضلالات) الاضطهاد او العدمية (أعضاء الجسم لا تعمل بكفاءة مثل الجهاز الهضمي توقف عن العمل)

الرئة متوقفة عن النفس، القلب لا يدق، المخ فارغ...)، وأحياناً هلاوس سمعية يغلب عليها الإهانة والسب والشهور بالذنب وتتماشى مع المزاج الاكتئابي، وأحياناً يعاني المريض من أعراض تبدد الشخصية والغربة عن الواقع (تبدل إدراك الراقع).

3ـ أعراض سلوكية:

(أ) يعاني المريض من هبوط حركي شديد قد يصل إلى حد الغيبوبة الجامودية **coma catationic**، أو هياج وكثرة حركة توتر شديد.

(ب) محاولات الانتحار وقد يصل معدل الانتحار في مرضى الاكتئاب إلى **15%**.

(ج) الانعزال الاجتماعي، وإهمال النظافة والبعد عن المجتمعات والعمل.

4ـ أعراض فزيولوجية:

(أ) الأرق وخاصة اليقظة قبل الفجر بعكس القلق الذي يسبب صعوبة في بدء النوم.

(ب) فقد الشهية وفقد الوزن.

(ج) فقد القدرة الجنسية واضطراب الطمث.

(د) الإمساك.

ولا يظهر الاكتئاب بكل المتلازمات السابقة، ولكنه يقتصر على بعضها، فمن المعروف الآن أن هناك الاكتئاب المقنع أو الباسم، الذي يغيب فيه المزاج الاكتئابي وتكثر فيه الشكاوي البدنية والفسيولوجية والإعياء... وهكذا.

وكان المصطلح الذي يستعمل سابقاً هو الاضطراب السوداوي (**melancholia**)، وهو اكتئاب شديد يظهر في السن المتأخرة، وكذلك الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ (النفسي والاجتماعي)، وقد دلت الأبحاث الحديثة من عدم جدوى هذه الأسماء.

ولا يشخص الاكتئاب إلا إذا مرت فترة لا تقل عن أسبوعين في هذا المزاج السوداوي، ويقسم الآن إلى خفيف ومتوسط ووخيم، وذلك حسب شدة الأعراض ووجود الأعراض الدهانية.

(ب) نوبة الهوس mania

وهو مزاج يعاكس الاكتئاب ويتميز بالآتي:

1- النشاط الزائد غير المثمر والذي لا يؤدي إلى هدف معين.

2- ارتفاع المزاج، والإحساس بالقوة والسيطرة والعظمة، مع الاستهانة بالمجتمع، ونقد وتحقير الآخرين، وغياب اللياقة الاجتماعية، والثقة المفرطة في الذات.

3- كثرة الكلام والمجادلة والمشاجرة مع اختبار ألوان زاهية غير مناسبة في الملبس أو التبرج.

4- تطاير الأفكار والقفز من موضوع إلى آخر مع تشتت الانتباه.

5- وهامات (ضلالات) القوة والعظمة والذكاء والقدرة.

6- الأرق والإفراط في الأكل، مع زيادة الرغبة الجنسية.

(ج) الاضطراب العاطفي (الوجداني) الثنائي القطب

Bipolar affective disorder نوبات الاكتئاب والهوس **mania- depressive crisis** عندما تتناوب دورات الاكتئاب والهوس تسمى بثنائه القطب، وهذا الاضطراب هو أكثر أنواع اضطراب المزاج شيوعاً، ويحتاج هؤلاء المرضى لعلاج وقائي حتى نمنع نوبات الاكتئاب والهوس والتي تؤثر تأثيراً بالغاً على المريض والأسرة والعمل.

د) اضطراب خلل (عسر) المزاج Dysthymia disorder

وكان يطلق عليه سابقاً الاكتئاب التفاعلي reactive depression، ويتميز بمزاج اكتئابي مستمر لا تقل مدته عن سنتين، ولا يتخللها مزاج سوى إلا لمدة لا تزيد عن شهر، وتتميز أعراضه بإحساس دائم بالقنوط واليأس والأسى والزهد، وعدم التمتع بمباهج الحياة مع أعراض خفيفة من الأعراض السابق ذكرها في نوبة الاكتئاب.

(هـ) اضطراب المزاج النوبي Cpisodic mood disorder

اعتبر هذا الكيان السريري (الإكلينيكي) اضطراباً بعد أن كان يصنف تحت اضطرابات الشخصية، ويتميز بنوبات دورية من المزاج السوداوي الاكتئابي مع نوبات من السعادة والمرح، ولا تصل شدة هذا لاضطراب الثنائي القطب، ولكنه يستجيب للعلاج الوقائي الكيميائي.

اضطرابات المزاج

تصير اضطرابات المزاج إلى مآل مختلف حسب شخصية المريض، والعامل الوراثي، والعوامل النفسية والاجتماعية المفجرة للنوبة ويمكن تلخيصها كالآتي:

1– 10–15% من المرضى يعانون من نوبة واحدة أثناء حياتهم.

2- 10-15% من المرضى يعانون من أعراض مستديمة طيلة الحياة بعد أول نوبة.

3- 60-70% قابلون للنكسات التي تختلف من نوبتين أو ثلاث إلى متكررة (أكثر من ثلاث مرات) كل سنة.

4- 15% ينجحون في الانتحار، ولذلك يعتبر الاكتئاب من الأمراض القاتلة، ويجب تشخيصه وعلاجه مبكراً نقاذ الحياة.

التشخيص التفريقي

يظهر في كثير من الأمراض العضوية أعراض الاكتئاب والهوس، ولذا يجب الحرص في استبعاد هذه الاضطرابات قبل تشخيص نوبة الهوس أو الاكتئاب:

1- الذهان العضوي: خاصة زهري المجموع العصبي، متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، تصلب الشرايين، أورام المخ الأولية أو الثانوية، سرطان البنكرياس والقولون.

2- الفصام: ولكن يتضح هنا اضطراب التفكير وأنواع الوهامات (والضلالات) والهلاوس وعدم تناسب الوجدان.

3- اضطرابات عصابية: يجب تفرقة الاكتئاب من اضطرابات القلق والاضطرابات التحولية والاضطرابات التفارقية (الانشقاقية).

4- أمراض أخرى، الكحولية، وإدمان المخدرات، الوذمة المخاطية، البلاغرا...إلخ.

المعالجة

الإدخال في المستشفى: ودواعيه هي نفسها الدواعي اللازمة للبدء بالجلسات الكهربائية المزمنة لإيقاع الدماغ:

1- الرغبة الملحة للانتحار.

2- الهبوط الحركي أو التوتر الشديد.

3- رفض العلاج أو الطعام والشراب.

4- الوهامات (الضلالات) القوية والشعور الشديد بالذنب.

5- الأرق الحاد المستمر.

المعالجة النفسانية: خاصة المعالجة المعرفية العقلانية أو المعالجة النفسية عبر الشخصية التي تناقش المشاكل الخاصة بالفرد.

المعالجة الكيميائية: (تناقش بالتفصيل في فصل العلاج)

الاكتئاب: مضادات الاكتئاب. تثمر مضادات الاكتئاب بشفاء الحالة في حوالي **60-70%** من الحالات.

الهوس: مضادات الهوس (مثل هالوبريدول **Holeperidol**).

ثنائي القطب: عقار الليثيوم **Lithium** ليصل في الدم بين **0.6** ميلي غرام- **1.2** ميلي غرام في اللتر.

عسر المزاج: علاج نفسي- مضادات الاكتئاب.

المزاج النوبي: علاج نفسي- مضادات الاكتئاب.

العلاج الكهربي لمزمنة إيقاع الدماغ: يناقش بالتفصيل في فصل العلاج.

وجدوى الجلسات الكهربائية يتراوح من **80-90%** شفاء من الاضطراب، ويحتاج المريض من **4-8** جلسات بواقع مرتين أسبوعياً، وتعطى حالياً تحت التخدير والأدوية المرخية للعضلات والأكسجين، ولذلك لا يوجد لها مضاعفات غذا استعلمت في يد خبيرة مع الاحتياطات اللازمة، وعدم إعطائها في الحالات التي لا يحتاجها.

المعالجة الجراحية:

من النادر استعمال هذه المعالجة حالياً إلا في الحالات المزمنة الشديدة الانتحارية التي لم تستجب للمعالجة الكيميائية لمدة طويلة في شخصية سوية، وهنا تقع الألياف الموصلة من الفص الجبهي إلى المهاد، وتستعمل الآن طريقة جراحية الفراغي (المجسم) خاصة في التلفيف الحزامي.

اضطرابات المزاج الكبرى

Major mood disturbances

الأستاذ الدكتور مصطفى كامل إسماعيل

نبذة تاريخية

يعود تاريخ وصف اضطربات المزاج سواء بصورة الاكتئاب **depression** أو الهوس **mania** إلى عهود قديمة ترجع إلى سنوات قديمة قبل الميلاد، فعلى سبيل المثال لا الحصر وصف بقراط سنة **400** ق.م الهوس والسودوية كاضطرب عقلي ومزاجي، وتلاه كورنيلوس سنة **30** ق. م. الذي اعتقد ان نوبة الاكتئاب سببها يرجع إلى تراكم العصارة السوداء، وجاء الفرنسيون مثل جوليه فالريه وجوليه باليرجير سنة **1854** ليصفا حالات اكتئاب وضيق شديدين ولكنها كانت تتماثل للشفاء، وجاءت سنة **1882** ليص الألماني كارل كالبوم اضطراب المزاج الدوروي ومراحله التي تتمثل فيها اضطرابات المزاج الاكتئابي والمرح الزائد.

وأخيراً وليس آخراً بلور الألماني إميل كرابلن سنة **1899** المفاهيم المختلفة لاضطرابات المزاج، ليصف الاضطراب الهوسي الاكتئابي الذي

اشتمل وصفه على الكثير من العلامات والأعراض المميزة لذهان الاكتئاب والهوس.

وبائيات المرض

تختلف وبائيات المرض ومعدلات حدوث الاضطرابات المزاجية تبعاً للأنماط المختلفة التي تتمثل بها اضطرابات المزاج، فمثلاً إن معدلات الحدوث طوال الحياة للاكتئاب الأحادي القطب تصل إلى حوالي 6%، بينما تمثل معدلات حدوث الاضطراب الوجداني الثنائي القطب حوالي 1%. ويؤثر على معدلات الحدوث عوامل مختلفة منها:

العمر: فمتوسط عمر الأفراد المعرضين للإصابة بالاكتئاب الأحادي القطب سن الأربعين، بينما ينخفض هذا المتوسط إلى سن الثلاثين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب.

الجنس: والملاحظ العامة بغض النظر عن اعتبارات البيئة والثقافة هو حدوث الاكتئاب الأحادي القطب بمعدلات مضاعفة في الإناث، وتتساوى معدلات الحدوث بين الجنسين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، ولا يوجد اختلاف في نسبة الحدوث بين الصور المختلفة.

وتزداد معدلات حالات الاكتئاب بنوعيه في الأشخاص المحرومين من الروابط الاجتماعية الوثيقة، وكذلك بين المطلقين والمنفصلين عنهم في المتزوجين، وربما يكون الانفصال نتيجة وليست سبباً لظهور المرض،

وخاصة مرضى الاضطراب الثنائي القطب في سن مبكرة، مما يسبب هدم الحياة الأسرية في تلك الحالات.

ويجدر الإشارة هنا إلى أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي لا يشكل عاملاً مميزاً لحالات الاكتئاب الاحادي القطب.

الأسباب

لا نستطيع أن تعزو اضطرابات المزاج إلى أسباب مؤكدة وثابتة برغم التقدم البحثي الواسع، ولكن مثل بقية الاضطرابات النفسية، هناك عوامل ومسببات تميز هذا النوع من الاضطرابات مثل:

1ـ العوامل البيولوجية

(أ) الأمنيات البيولوجية: يعتبر النورابينرين والسيروتونين من أهم الناقلات العصبية **neurotransmitters** التي يؤدي الاضطراب في معدل تكوينها وتواجدها أو الموازنة بين وجودها وحساسية مستقبلاتها إلى الاضطرابات في المزاج، وقد ثبتت هذه الحقائق، من خلال كثير من الدراسات وبأساليب تقنية متقدمة جداً أجري فيها حساب نواتج وآثار عمليات الاستقلاب (الأيض) في السائل النخاعي مما يعكس مقدار وآثار نشاط هذه الناقلات.

(ب) الأحماض الأمينية (كناقلات عصبية)، مثل الغابا GABA والبيبتيدات النشيطة المفعول مثل الفازوبرسين والأفيونات الداخلية التي لا يمكن إهمال دورها كعامل مسبب سواء بالزيادة أو النقصان.

(ج) الاتزان في إفراز الغدد الصماء ذات العلاقة الوثيقة بالجهاز العصبي، مثل إفرازات الغدة الدرقية والغدة الكظرية، واتصالهما مع الغدة النخامية ومنطقة الوطاء hypothalamus الذي يتأثر ويؤثر في الحالة المزاجية بصورة واضحة، حيث أثبتت الدراسات أن السبيل العصبي البيولوجي الذي يبدأ بالغدد النخامية ومنطقة الوطاء hypothalamus وينتهي بالغدة الكظرية من أهم الممرات البيولوجية التي يؤدي اختلال التوازن بين مكوناتها إلى الاضطرابات البيلوجية المساهمة في حدوث الاكتئاب والاضطراب الجداني الثنائي القطب.

2ـ العوامل الوراثية

يلعب العامل الوراثي في اضطرابات المزاج الكبرى دوراً رئيسياً خاصة في الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، ويتضح من الدراسات أن نسبة الإصابة بالمرض قد تصل إلى حد أن حوالي 50% من المرضى المصابين باضطراب وجداني ثنائي القطب يعاني فيها أحد الوالدين من اضطراب وجداني. أما إذا كان أحد الآباء يعاني من حالة اضطراب وجداني ثنائي القطب فإن حوالي 27% من أبنائه تكون لديهم الفرصة لحدوث اضطراب وجداني وإذا أصيب كلا الوالدين باضطراب وجداني

ثنائي القطب فإن النسبة بين أطفالهما قد تتراوح بين **50** إلى **75%**. أما عن نوع الجينات أو المورثات أو طريقتها فقد اختلفت الأبحاث، ولكن تتفق معظمها على أن الجينات أو المورثات تكون سائدة سيادة غير كاملة التعبير مع وجود تداخل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية، وتلعب العوامل البيئية دوراً رئيسياً في إظهار الاستعداد الوراثي.

وقد أظهرت بعض الدراسات الارتباط بين الاضطراب الوجداني الثنائي القطب والصبغي **X**.

وقد آظهرت دراسات أخرى في بعض العائلات ارتباط الاضطراب الوجداني الثنائي القطب مع الصبغي **11**.

3ـ العوامل النفسية

1ـ أحداث الحياة وكرب البيئة

تعرضت أحداث الحياة وكرب البيئة لدراسات كثيرة، وأهم ما وجد في هذا المجال فقد أحد الوالدين قبل سن الحادية عشرة وفقد الزوج فيما بعد، ولكن لم توجد علاقة لهذه العوامل مع الهوس.

2ـ تركيب الشخصية في الفترة السابقة للمرض

لا توجد شخصية مميزة يصيبها الاكتئاب الأحادي القطب، ولكن الشخصية مهيئة للاضطراب الثنائي القطب فيما بعد.

3ـ النظريات التحليلية

فسر كارل أبراهام الاكتئاب بانه نتيجة عدم إشباع للمرحلة الفموية مع فقد الشبق **libido**، والذي ينتج عنه نكوص الأنا عن وظيفته الناضجة إلى بعض المراحل الأولية مثل المرحلة الفموية. أما فرويد فقد أشار بأنه عندما يصاب الأنا بفقدان عزيز أو خيبة أمل فإنه ينكص إلى حاجته الأولية مستعملاً حيلاً دفاعية لا شعورية مثل الإسقاط والإدماج والنكوص لإنقاص عواطفه تجاه موضوع الحب المفقود، ويؤدي ذلك إلى أن يمتص المريض طاقته ويوجهها إلى ذاته، وبهذا يتجه العنف والعدوان ناحية الأنا. أما بالنسبة لنوبات الهوس فقد كان يرى أن هذا الارتداد يؤدي إلى تعبير عن الحرية الطفولية وإطلاق العنان لكل الغرائز.

4– نظريات التعلم وهي ترى أن إحساس العجز قد ينتج من خبرات سابقة، ودليل هذه النظرية مبني على دراسة أثر التعلم في الحيوانات التي تتعرض لصدمات كهربائية مؤثرة لا يستطيع الحيوان تجنبها، وبذلك فإن هذه النظرية تفتح مجال العلاج السلوكي لمرضى لاكتئاب.

5– النظرية المعرفية وحسب هذه النظرية يعتبر الاكتئاب ناتجاً عن وجود سوء تفسير معرفي لدى المريض، يؤدي إلى تكوين نظم فكرية سلبية من ناحية نظرته لذاته أو لخبراته المعاصرة أو نظرته للمستقبل.

من هنا يتركز العلاج السلوكي والمعرفي نحو تحديد وتصحيح استراتيجية التفكير وتعديل الأفكار السلبية مع إعادة تقييمها في الاتجاه الصحيح.

تصنيف اضطرابات المزاج

تبعاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية):

1ـ نوبة هوس Eypomnia of mania

(أ) هوس خفيف **hypomnia**

(ب) هوس بدون اعراض ذهانية **without psychotic symptoms**

(ج) هوس مع أعراض ذهانية **with psychotics symptoms**

2ـ اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب

Bipolar affective disorder

(أ) هوس خفيف الشدة (النوبة الحالية).

(ب) هوس بدون أعراض ذهانية (النوبة الحالية).

(ج) هوس مع اعراض ذهانية (النوبة الحالية).

(د) اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة (النوبة الحالية).

1- بدون أعراض جسدية.

2- مع أعراض جسدية.

(هـ) اكتئاب شديد (النوبة الحالية)

1- بدون أعراض ذهانية.

2- مع أعراض ذهانية.

3ـ نوبة اكتئابية Episode of depression

1- نوبة خفيفة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية.

2- نوبة متوسطة الشدة بدون أعراض جسدية او مع أعراض جسدية.

3- نوبة شديدة بدون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية.

4- اضطراب اكتئابي متكرر.

5- اضطراب وجداني مستمر.

6- عسر المزاج.

7- المزاج النوبي.

8- اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى.

9- اضطرابات وجدانية غير محددة.

الأعراض السريرية (الإكلينيكية)

توجد صورتان أساسيتان لاضطراب المزاج أو الاضطراب الوجداني (العاطفي) وهي الاكتئاب والهوس. وصورة الاكتئاب في مرض الاضطراب الوجداني (العاطفي) الثنائي القطب تكون متشابهة إلى حد كبير لما تكون عليه صورة الاكتئاب في مرض الاضطراب الوجداني (العاطفي) الأحادي القطب.

والأعراض عادة تزحف نحو المريض ببطء، ولكنها في بعض الأحيان قد تظهر فجأة بعد عوامل مثيرة في البيئة.

نوبة الاكتئاب

1- الوصف العام أو المظهر الخارجي: يتميز مرض الاكتئاب بالهبوط الحركي، والشعور بالخمول الجسدي والذهني الذي قد يصل

أحياناً إلى التخشب الحركي، وفيه يتوقف المريض عن الحركة والطعام والكلام، وقد يحدث العكس ويصبح المريض في حالة شديدة من الإثارة والتهييج والاضطراب.

2- المزاج: الاكتئاب هو أهم عرض وأوضح ظاهرة، ورغم ذلك فإن حوالي 50% من المرضى قد يخفون إحساسهم بالاكتئاب فلا يظهر في تعبيراتهم، ولكن غالباً ما يظهر في صورة اختلال في العمل أو في الحياة الاجتماعية.

3- بعض الأعراض الفيزيولوجية مثل:

(أ) اضطراب النوم والصعوبة في بداية النوم أو الاستيقاظ المبكر مع الشعور بالإرهاق والتعب.

(ب) فقدان الشهية مع فقدان واضح للوزن، ويعتبر تحسن الشهية وزيادة الوزن من علامات التحسن وبداية الشفاء.

(ج) الإمساك.

(د) الضعف الجنسي واضطراب الطمث.

4- الوظائف النفسية في مريض الاكتئاب

قد تتأثر إلى حد شديد وتأخذ عدة مظاهر كالآتي:

(أ) الوهامات (الضلالات)– من أكثرها شيوعاً في مرض الاكتئاب الوهامات (الضلالات) العدمية، وتعني الإحساس بغياب أو فقدان وظائف أحد أعضاء الجسم، وأحياناً تظهر وهامات (ضلالات) اضطهادية تواكب محتوى التفكير، فيها يشعر المريض بأنه يستحق ذلك.

(ب) الهلاوس– تظهر احياناً مع مرض الاكتئاب بعض الهلاوس السمعية ونادراً البصرية، وعادة يتوافق محتواها مع محتوى التفكير الكئيب، وفي هذه الحالة تسمى (هلاوس مطابقة للمزاج) أو تكون غير مطابقة لمحتوى التفكير السوداوي، وهي ما تسمى (بهلاوس غير مطابقة للمزاج).

(ج) التفكير– عادة ما يجد مريض الاكتئاب صعوبة في التفكير والتركيز وتغلب عليه والنظرة السوداوية للأمور، مع تضخيم للأمور البسيطة التي تتوافق مع مزاجه السوداوي.

ويتميز محتوى التفكير في الاكتئاب بالآتي:

– الإحساس المستمر بالذنب وبتأنيب الضمير.

– توهم العلل الجسمية والمرضية.

– الشعور بعدم الاهمية.

– الشعور بالدونية مع فقدان مباهج الحياة، وتكون اجترارات الأفكار المستمرة في الموت والانتحار أو الإحساس بالذنب.

– الوهامات (الضلالات) المطابقة للمزاج الاكتئابي مثل العدمية وغير المطابقة له مثل العظمة أو ادعاء الأهمية.

يظهر في بعض الأحيان عند مرضى الاكتئاب (حوالي **10%**) اختلال شديد في التفكير مثل التوقف المفاجئ أو فقدان المحتوى والإطالة غير الموضوعية.

(د) اختلال الانتباه.

(هـ) كما يتأثر كل من التركيز والذاكرة، وهنا يتميز مريض الاكتئاب بالبطء وعدم الانتباه وفقدان القدرة على التركيز– مع ضعف الاستجابات الانفعالية، وقد تتأثر الذاكرة مع النسيان الشديد وربما العته الكاذب، ويصاحب ذلك تردد واضح في التفكير والسلوك.

(و) الانتحار والاندفاعية، ويعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة على حياة المريض كما أن معدل حدوثه ذو أهمية يجب أن لا تهمل، حيث أن حوالي **10%- 15%** من مرضى الاكتئاب قد ينجحون في محاولة الانتحار وإنهاء حياتهم رغم أن ثلث المرضى ينشغلون بفكرة الانتحار. وفي الحالات الاكتئابية الشديدة يمنع المريض من تنفيذ فكرة الانتحار فقدانه للطاقة وضعف العزيمة، ويخشى في هذه الحالات عند تحسن حالته من ناحية الطاقة والإرادة أن ينفذ فكرة الانتحار في توقيت لا يتوقعه الطبيب، ولذا ينصح دائماً بعدم صرف كمية كبيرة من الدواء لهؤلاء المرضى مهما تحسنت حالتهم خوفاً من احتمال حدوث مثل

هذا الانتحار النقيضي. أما عن قتل الغير فقد يحدث في مرضى الاكتئاب نتيجة وهامات (ضلالات) متطابقة مع اكتئابه، فيقتل فيما يتوهم أنه رثاء ورحمة، أو نتيجة وهامات (ضلالات) غير متطابقة تتعلق بأشخاص داخل تنظيم معتقداته الخاطئة.

(ب) نوبة الهوس

وهي إما: **1– الهوس تحت الحاد subacute mania**

2 – الهوس الحاد acute mania

3 – الهوس المزمن chronic mania

1ـ المظهر الخارجي

ويتميز المريض بحالة من المرح والنشوة والبهجة المستمرة، مع كثرة الكلام وزيادة النشاط الحركي دون هدف ثابت، مع انعدام الشعور بالإجهاد وسهولة الاستثارة.

2ـ المزاج

غالباً ما يبدو على المريض المرح الزائد والنشوة، وأحياناً التوتر الزائد وربما الثورة والعنف.

3ـ التفكير

ينشغل المريض بأفكار تعبر عن ثقته الزائدة وشعوره بالعظمة والأهمية، ويفرض نفسه في المناقشات، وتزداد الأفكار إلى حد تطايرها، وفي الحالات الشديدة قد يفقد المريض ترابط فكره.

4ـ الاندفاعية

وأقصى حالاتها الانتحار والقتل، وكثير من مرضى الهوس يهددون بالانتحار أو العدوان، ولكن نسبة حدوث هذه الجرائم في هؤلاء المرضى غير معروفة، وقد وجد أن أغلب من يهددون بقتل الزعماء هم مرضى الاكتئاب الثنائي القطب وليسوا من الفصاميين.

5ـ الوظائف العقلية

يزداد نشاط الوظائف المعرفية والعقلية بازدياد الانتباه، ولكنه يكون سطحياً بحيث يعطي صورة زائفة عن المريض فيما يتعلق بالذكاء والسرعة في اتخاذ القرارات، وعلى وجه العموم تتأثر الذاكرة أو التعرف بالزمان والمكان ولكن بعض المرضى يجيبون بسرعة فائقة، ولذلك قد يعطون إجابات خاطئة، مما دعا كريبلين إلى تسمية هذه الحالات بالتشوش الهوسي رغم تشوش وعيهم.

أما عن المحاكمة والبصيرة فيتأثران تأثراً كبيراً، فنتيجة لتأثر هذه القدرات فإن هؤلاء المرضى قد يقودون عائلاتهم إلى الفقر المادي أو

يخرقون القانون أو يعتدون على الآخرين دون بصيرة لما يعانون منه من ضعف في الحكم، كما يتميزون بالكذب في الإدلاء بالمعلومات.

مآل ومصير اضطرابات المزاج الكبرى

1- مريض الاكتئاب الشديد

غالباً ما يأخذ الاكتئاب صورة دورية متكررة قد تتراوح بين مرة أو مرتين في السنة أو أكثر، وقد تستمر مع المريض طوال حياته، ولكن يصعب التكهن باحتمال حدوث النكسات وعددها في حياة كل مريض، رغم وجود عوامل قد تساعد التكهن بالمآل الحسن من حيث النكسات في المستقبل مثل:

1- عدد النوبات السابقة، فكلما قل عدد النوبات كلما كان المآل أحسن.

2- ظهور النوبة المرضية فجأة.

3- كلما زاد سن المريض عند حدوث أول نوبة.

4- عدم وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للمرض.

5 - عدم وجود اضطرابات في شخصية المريض.

2ـ الهوس

مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب يعتبر أسوأ في حالة الهوس الاكتئابي منه في حالة الهوس المتكرر دون حدوث نوبات اكتئابية.

ومن العوامل التي تزيد احتمال شفاء المريض بسرعة:

1- عدم وجود أعراض ذهانية شديدة.

2- تقدم سن المريض.

3- قلة عدد النوبات.

4- قصر مدة النوبة.

التشخيص التفريقي

التشخيص التفريقي لحالات الاكتئاب:

1- الأمراض العضوية مثل حالات تصلب الشرايين (تصلب شرايين الدماغ) وبعض أمراض الجهاز العصبي مثل الشلل الرعشي **paralysis agitans** (داء باركنسون)، وكذلك استعمال أدوية معينة مثل الأدوية المستعملة في علاج فرط ضغط الدم وبعض أنواع أدوية منع الحمل وكذلك سرطان البنكرياس والقولون.

2- اضطرابات الغدد الصماء مثل الغدة الكظرية والغدة الدرقية، ففي حالات الاضطراب الوجداني غير العضوي نجد أن الوظائف العقلية لا يصحبها تشوش شديد، أما في حالات الاضطراب العضوي نجد أنها تتأثر بشدة ملحوظة

3- الخرف **dementia** وهنا يجب التفرقة بين حالات الخرف الكاذب التي قد تصاحب الاكتئاب وبين الخرف في مرض الزهايمر على سبيل المثال، وتتضح أوجه الفرق من حيث:

- سرعة زحف المرض في حالات الاكتئاب عنها في حالات الخرف.

- وجود التغير اليوماوي **circadian** في الوظائف النفسية في حالات الاكتئاب بصورة أوضح وأعم عنها في حالات الخرف.

- استجابة المريض للأسئلة في حالة الاكتئاب تكون سببية وتكون الإجابة في صورة (لا أعرف)، يعكس مريض الخرف فهو دائماً يحاول إخفاء عجزه عن الإجابة ويحاول إخفاء عدم قدرته على التركيز والتذكر.

4- الفصام وذلك بالأعراض المميزة له.

5- العصاب وخاصة عندما يصاحب حالات الاكتئاب بعض الأعراض العصابية مثل القلق والوسواس، وهنا يجب أن نتذكر أن شخصية القلق الاكتئابي قد ذكرت في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

ICD-10- الاضطرابات النفسية والسلوكية وهو ما لم يكن موجوداً في المراجعات السابقة للصنيف.

التشخيص التفريقي في حالات الهوس:

وقد سبق ذكرها، مع التأكيد على الأسباب العضوية والناتجة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير.

معالجة اضطرابات المزاج (الاكتئاب والهوس)

(أ) إدخال المريض إلى المستشفى. ويكون لذلك اهمية خاصة في:

1- الحالات الحادة.

2- فقدان الشهية التام أو اضطراب النوم الشديد.

3- حالات الغيبوبة الاكتئابية.

4- حالات الهوس الحاد.

5- محاولة الانتحار. أو سوابق محاولة انتحار رافقت النوبة السابقة، أو التهديد بالانتحار.

6- هبوط الحركة الشديد أو كثرة الحركة.

7- فقد البصيرة والمحاكمة.

8- عدم الانتظام على العلاج.

(ب) الأدوية وتشمل

1- الأدوية المضادة للهوس

ومن أهمها استعمال مركبات كربونات اليثيوم أو سترات الليثيوم 400 ميلي غرام يومياً حتى 1800 ميلي غرام يومياً، مع ملاحظة بدء العلاج بأحد الأدوية المستعملة في الفصام مثل الهابريدول أقراص من 30 إلى 45 ميلي غرام في اليوم حتى تتحسن الأعراض الذهانية، وكذلك حتى يتم بدء التأثير السريري (الاكلينيكي) لليثيوم والذي قد يستغرق فترة تتراوح 10 إلى 15 يوماً.

2- الأدوية المضادة للاكتئاب

(أ) منبهات الجهاز العصبي- مثل الأمفيتامين ومشتقاته، ولكن لا يستحسن استعمالها لكثرة الأعراض الجانبية.

(ب) الأدوية الخفيفة المضادة للاكتئاب المثبطة لإنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية inhibitors monoamine oxidase ، وتشمل نوعين:

- مجموعة الهيدرازيد.

- مجموعة غير الهيدرازيد.

(ج) الأدوية المتوسطة المضادة للاكتئاب.

(د) الأدوية الكبرى المضادة للاكتئاب، مثال ذلك: المركبات الحلقية الثلاثية مثل:

- إيميبرامين **imipramine 75–150** ميلي جرام.

- أميتريبتيلين **amytryptiline 75–150** ميلي جرام.

(هـ) المركبات الحلقية الرباعية.

(و) المركبات الاخرى الجديدة، مثل **S.S.R.I**.

(ز) العلاج بالجلسات الكهربائية المزمنة لإيقاع الدماغ وهي من أفضل أنواع العلاج لمرض الاكتئاب ولكنها لاتحظى بالأولوية في حالات الهوس.

(ح) العلاج النفسي سواء الفردي أو الجماعي. ويشمل وسائل العلاج السلوكي والمعرفي.

(ط) العلاج بالجراحة، وهو لا يستعمل إلا نادراً في بعض الحالات المستعصية للعلاج السابق.

الاضطرابات العصابية neurotic disorders

والمرتبطة بالكرب stress والاضطرابات الجسدية الشكل

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة

الأستاذ الدكتور إدريس المساري

الأستاذ الدكتور سالم نجم

الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

أصبحت الاضطرابات العصابية تواجهنا كمشكلة صحية عامة، إذ إن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض النفسية والعضوية، فهي في الحقيقة أكثر اضطرابات الطب النفسي شيوعاً، ويتسم العصاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية،

وبتصدع في العلاقات الشخصية، ظهور أعراض مختلفة أهمها: القلق والخوف، والاكتئاب، والوسواس، والأفعال القهرية، وسهولة الاستشارة والحساسية الزائدة، واضطرابات النوم والطعام، وكذلك الأعراض التحويلية– sional conver. والانشقاقية أو التفارقية (الهستيرية سابقاً). ويحدث ذلك دون المساس بترابط وتكامل الشخصية، ويتحمل المريض المسؤولية كاملة، والقيام بالواجبات كمواطن صالح، والحياة

والتجارب مع الآخرين دون احتكاك واضح، مع سلامة الإدراك واستبصار المرضى بآلامهم والتحكم في الذات، مما يميز هذه الاستجابات العصابية عن الذهان الذي تضطرب فيه هذه الصفات.

وقد اختلف الكثير في تحديد معنى العصابي **neurotic**، ويتم التخلص تدريجياً من هذا الوصف في معظم التصنيفات العالمية، حيث إن هذا اللفظ يطلق على كل من لم يستطع التكيف مع المجتمع، أو التأقلم مع العادات المألوفة، أو أصيب بإثارة عصبية لحد المبالغة، ومن ثم كان المبدعون أو الخلاقون والفنانون وكل من ثار على نظم أو أسس المجتمع أو الأسرة عصابياً، وبالطبع ليس هذا هو المفهوم الذي نعنيه، فالعصابي هو الشخص الذي أصبح من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع يعاني من أعراض نفسية متعددة تجعله غير قادرة على الاستمرار أو الإنتاج كما ينبغي، وهو من خلال هذه المعاناة يطلب المساعدة للوصول إلى درجة من الرضى والمرونة والاستمرار.

وقد أصبح من المتفق عليه الآن الاضطراب العصابية تحدث لترابط عدة عوامل هي:

1- الاستعداد التكويني "الوراثي".

2- مراحل النمو في الطفولة.

3- العوامل النفسية والاجتماعية الحالية، التي تساعد على ظهور المرض.

4- العوامل الحضارية.

5- الاستعداد الفيزيولوجي للمجموع العصبي.

وسنحاول تصنيف الاضطرابات العصابية فيما يلي:

1- اضطراب القلق العام.

2- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط.

3- اضطراب الهلع.

4- الاضطرابات الرهابية.

- رهاب الساحة "الأماكن المتسعة" مع أو بدون هلع.

- الرهاب الاجتماعي.

- الرهاب المحدد (المنفرد).

5- اضطراب الوسواس القهري.

6- استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق.

(أ) استجابة الكرب الحاد.

(ب) استجابة الكرب التالي للحادث.

(ج) اضطراب التوافق.

7- اضطرابات انشقاقية (تفارقية) وتحويلية (هستيريا):

فقد الذاكرة **amnesia**، الشرود **fugue**، الغيبوبة **coma**، الذهول **stupour**، التملك- **session pos** الحركة **movement**، نوب التشنجات **fits**، الخدار (فقد الإحساس) **loss sensory**، متلازمة غانسر **Ganser syndrome**، تعدد الشخصية **multiple personality**.

8- اضطرابات جسدية الشكل.

- اضطراب الجسدنة.
- المراق (التوهم المرضي).
- اضطراب جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللاإرادي.
- اضطراب الألم الجسدي الشكل.

9- اضطراب عصابية أخرى.

- متلازمة تبدد الشخصية **depersonalization** والغربة عن الواقع (تعذر إدراك الواقع) **derealization**.

الوبائيات

إن الحصول على أرقام دقيقة في هذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلاً، لأن معظم هؤلاء المرضى لا يدخلون المصحات النفسية، بل إن نسبتهم في هذه المصحات لا تتعدى من 3–5% من المقبولين لأول مرة في المصحات. والحقيقة أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يترددون على كافة التخصصات الطبية، ويعانون من أعراض وآلام جسمية، وينتقلون من طبيب لآخر، دون تيقن من التشخيص الحقيقي، وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالي 40% من المرضى الذين يترددون على عموم الأطباء يعانون من العصاب **neurosis**.

ونستطيع أن نوجز بالقول إن كل فرد مهيأ للأعراض النفسية تعرضه للكرب **stress**، وأن نسبة العصاب بين مجمل السكان تتراوح ما بين 25 و10%.

الأسباب

ما زالت التفاصيل غير واضحة بالنسبة لأسباب الاضطرابات العصابية، ومازلنا نفسر الأسباب بنظريات مختلفة، ومدارس متنافرة، ولكن البرهان العلمي لأي من هذه النظريات لم يثبت بعد، وإن تعددت الأسباب ونستطيع أن نلخصها في نظريتين:

1- النظرية البنيوية constitutional والتي تعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفيزيولوجية.

2- النظرية البيئية environmental.

وأسباب أمراض العصاب هي تفاعل بين العوامل البنيوية والبيئة ونفصل ذلك فيما يلي:

1ـ النظرية البنيوية الوراثية

يلعب العامل الوراثي دوراً في نشأة الأمراض النفسية، وقد قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة، ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب، فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض، كذلك دلت دراسة العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية العصاب الناتج من الكرب أو من الإجهاد، مثل القلق أو الوسواس القهري، أو الاضطرابات "التحويلية" وهكذا.

ولكن يمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة، يتعرضون عادة لنفس العوامل البيئية، مما يجعل استجاباتهم العصابية متشابهة، ولذا فمن الصعب فصل عوامل البيئة عن الوراثة.

2ـ النظرية البيئية

تؤثر العوامل البيئية على نمو وتطور الفرد خلال كل مرحلة، ويبني المجتمع الحضاري على أساس التغيير والتكييف، والتأثير على السلوك والشخصية من خلال التعليم والثقافة، مما يجعل استجابات الأفراد تختلف حسب مجتمعاهم.

وأهم النظريات البيئية هي:

(أ) نظرية التحليل النفسي ومشتقاها.

(ب) النظريات غير التحليلية، وأهمها النظرية البيولوجية والنفسية **psychobiological**.

(ج) النظرية الشرطية السلوكية "التعلم الاجتماعي".

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية.

(هـ) العوامل المساعدة.

(أ) نظرية التحليل النفسي

افترض فرويد أن العوامل الرئيسية التي تحدد ماهية الشخصية، هي الشبق **libdo** الغريزي الجنسي، والاستجابة العصابية تأتي من مؤثرات بيئية تظهر في السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد، وأن أي

صدمة نفسية خلال هذه الفترة، تؤثر على النمو الجنسي للطفل، وتجعله في حالة ((تثبيت **fixation**)) ولا يستطيع العبور بعدها للمرحلة التالية، مما يؤثر فيما بعد على حالته النفسية، وبالتالي تظهر الأمراض النفسية عند تعرضه لأي إجهاد أو شدة.

ولقد اختلفت آدلر **Adler**، أحد أتباع فرويد، مع كثير من نظريات أستاذه، فقد اعتبره القوة الدافعة في الإنسان هي ((الرغبة في القوة والتفوق)) بدلاً من الشبق الغريزي، كما وضع الرغبة في العدوانية **aggressiveness** محل الرغبة في الجنس. وقد هجر أدلر النظرية الجنسية في العصاب، واعتبر العصاب محاولة لكي يحرر الفرد نفسه من الشعور بالنقص، ولكي يحصل على الشعور بالتفوق.

وتتركز إضافات يونج **Jung** وهو أيضاً أحد أتباع فرويد، في أنه لم يقتنع بمفهوم الشبق أساساً، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً لطاقة عامة غير متمايزة تنبثق منها القوة الدافعة للإنسان في حياته، ثم أدخل يونج مفهوم الانطواء– الانبساط، فالشبق عند الانبساطيين يتجه إلى الخارج، وهم يستجيبون موضوعياً للعالم الواقعي، أما الانطوائيون فيرتد عنهم الشبق إلى الداخل نحو حقائق ذاتية ويميلون إلى الحياة في عالم الخيال.

(ب) النظريات غير التحليلية

1– نظرية ماير Meyer

يقول ماير أننا نستطيع فهم السلوك فهماً حقيقياً إذا درسنا الشخصية الكلية والتاريخ الكلي لحياة الفرد، ولتلخيص نظريته في العصاب، نقول إن ماير يعتبر أن مستويات الطموح غير الواقعية، وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان في الشخصية الشاذة، وهو يعتقد أن الناس يصابون بالاضطرابات لأنهم غير قادرين على تقبل طبيعتهم الخاصة، وبالتالي غير قادرين على تشكيل آمالهم وفقاً لحالتهم، ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العصابية الأخرى، وأن جميع الأمراض النفسية والعقلية ما هي إلا استجابات توافقية أو تكيفية بيئية للفرد مستخدماً الإجراءات الدفاعية العصابية.

2- المنهج الوجودي existential

ومن النظريات الحديثة غير التحليلية المنهج الوجودي، فقد شعر عدد من المعالجين النفسيين بسخف تلك الطرق التي تحاول وضع الشخص المريض ضمن مجموعة محددة، أو تحاول فهمه ضمن إطار نظري محدد سابقاً أو مدرسة خاصة، وأدركوا أن المعرفة بالنظرية وحدها لا تخفف من قلق المريض ولا تؤدي إلى شفائه، وتحاول الوجودية كمنهج علاجي للمريض العقلي، فهم الخبرات الذاتية للمريض في علاقتها به، وبالناس من حوله.

(ج) النظرية السلوكية الشرطية conditional behavioral

تطورت حديثاً نظريات بافلوف في الفعل المنعكس بواسطة الكثير من العلماء مثل قولبي وأخيراً أيزنك الذي نظريته في نشأة الأمراض

النفسية والعقلية، واتخذ أساسه فيزيواوجيا الجهاز العصبي، كما ذكرها بافلوف، وأهم أساسيات نظريته ما هو مبين في مايلي:

هستريا **hysteria** قلق **anxiety**

سيكوباتية **psychopathy** وساوس قهرية واكتئاب

انبساطية **extraversion** ذاتوية **autism**

(صعوبة تكوين انعكاس شرطي (سهولة تكوين انعكاس شرطي وسهولة انطفاء وصعوبة انطفائه (الانعكاس)

وفي رأي أيزنك أنه يوجد اختلاف واضح بين الأفراد في تكوين الأفعال الشرطية، وأن جوهر هذا الاختلاف هو أساس وراثي، وحسب نظريته فإن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين عادات شرطية خاطئة بتأثير تفاعل عاملين هما البيئة والوراثة. وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لنخفف من آلام القلق في ظروف خاصة، ويعزز دائماً هذا السلوك الخاطئ بإحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى إثارة مخاوفه، مما يعزز المرض، فالذي يخاف من الأماكن الضيقة يبتعد عن هذه الأماكن، ولا يرتادها حتى لا يشعر بالقلق. وهذه العملية في حد ذاتها تعزز خوفه من هذه الأماكن ومن ثم تنشأ دائرة مفرغة. وتنشأ الأمراض النفسية بالتالي من تفاعل أبعاد الشخصية ما بين ذاتوي وانبساطي مع الاستعداد الوراثي للعصاب. وتؤكد الأبحاث الفيزيولوجية الحديثة أن الاستعداد الوراثي للعصاب، أو ما يسمى أحياناً بعدم الثبات

الانفعالي يكمن في الفيزيولوجيا وكيمياء الجهاز الحرفي **limbic** أو السطح الإنسي من الفص الصدغي، أما أبعاد الذاتوية والانبساطية فمركزها في التكوين الشبكي الذي له علاقة مباشرة مع درجة الانتباه والوعي، وتنقية المدخل الحسية للمخ، والتكوين الشبكي يمتد من جذع المخ حتى المهاد **thalamus** ومنه إلى قشرة المخ.

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة

أثبت علماء الأنثروبيولوجيا أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرها البالغ في تكوين الشخصية، وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية، وكذلك أوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والحرمان العاطفي، والتعطل والولادة غير الشرعية، وفقدان أو الانفصال عن أحد الوالدين، والطلاق، والإدمان والتبني، أو النشأة في ملجأ، أو بيت للحضانة، وعدم التوافق الأبوي، أوضحوا أثر كل ذلك في ظهور الشخصية المرضية أو متبلدة الانفعال.

(هـ) العوامل المساعدة

إن تعريف المشقة، أو الإجهاد **strain** ضروري قبل معرفة تفاعل الكرب الفرد لظهور الأمراض النفسية، فالكرب هو تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد، وتعتمد كمية الشدة أو الإجهاد اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي.

أنواع الكرب متعددة منها:

1- حادة: وذلك مثل الصدمات الجنسية في الطفولة، أو فقد أحد الوالدين أو فقدان شخص عزيز، أو فقد العمل أو المال المفاجئ، أو اتهام بوليسي أو سياسي...الخ.

2- طويلة المدى: عندما تتجمع الكروب وتتراكم على مدى الأيام، مثل الشخصية الطموحة التي تنقصها القدرة على تحقيق رغباتها، أو لم تعط الفرصة لإرضاء قدراتها، أو عدم الوافق بين الزوجين في الزواج، سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية أو الجنسية.. إلخ.

3- ذاتية: وهنا تكون الشدة مؤثرة على فرد معين نظراً لحاجاته الخاصة، مثل النزاع المستمر، والصراع الدائم بين الفرد ورؤسائه أو زملائه في العمل، أو ما يعتبره إهانة لذاته أو لكرامته.

4- جسمية: مثل الأمراض الشديدة، كالحميات، والسموم، وارتجاج المخ، وكذلك بعد الولادة، أو في نقاهة من انفلونزا شديدة.. إلخ.

اضطرابات تعدد الأمراض الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي

يواجه الطبيب مشكلة عندما يفحص المريض الذي يشكو من أعراض بدنية مختلفة، ولا يوجد لديه أي علامات عضوية، ويقوم بعمل الأبحاث اللازمة التي تأتي في نتيجتها سلبية، فيصرح الطبيب للمريض بأنه

لا يوجد مرض عنده، وهذا اتهام للمريض بأنه يتصنع الأعراض وليس له الحق في الشكوى.

إن الغرض من هذا الفصل هو معرفة التشخيص التفريقي للأغراض البدنية النفسية المنشأ وغير العضوية. وسندرج هنا أهم الاضطرابات النفسية التي تتميز بالشكوى البدنية، خاصة أن المريض العربي وغير العربي دائماً يشكو من أعراضه النفسية في هيئة معاناة جسدية، ويحتمل أن يعاني هذا المريض من أحد الاضطرابات الآتية:

1- القلق النفسي العام.

2- الهلع panic.

3- اضطراب الرهاب.

4- اضطرابات الوسواس.

5- تفاعل الكرب الحاد.

6- اضطراب الكرب التالي للإجهاد.

7- اضطرابات التوافق.

8- اضطرابات انشقاقية (تفارقية) dissociated وتحويلية conversional.

9- اضطرابات الجسدنة **somatization** (أعراض بدنية دون سبب عضوي).

10- الأعراض المراقية أو توهم المرض **hypochondria**.

11- اضطراب الألم المستمر.

12- الوهن العصبي.

13- متلازمة تبدد الشخصية - تبدل إدراك الواقع.

وسنشرح ذلك ببعض التفصيلات من خلال هذا الفصل الذي يوضح الاضطرابات العصابية "النفسية" والمرتبط بالكرب والجسدية الشكل.

1- اضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder

يقال إن هذا العصر هو ((عصر القلق))، ولا نستطيع الجزم بصحة هذا القول، لأنه مما لاشك فيه انه في الأزمنة السابقة عانى الناس من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة جعلتهم معرضين للقلق تعرضنا نحن له الآن، ولكن تعقيد الحضارة وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع التشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الدينية والخلقية، مع التطلعات الأيديولوجية المختلفة، تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الأفراد، مما يجعل القلق النفسي هو محور

الحديث الطبي في الأمراض النفسية والسلوكية والأمراض النفسية الجسدية **psychosomatic**.

ويختلف الكثير حول تعريف القلق النفسي كمرض مستقل، ونستطيع تعريفه بأنه "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات البدنية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي".

الأساس الفيزيولوجي للقلق

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه الودي (السمبثاوي) واللاودي (الباراسمبثاوي). ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادينالين في الدم. ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم، وتزيد ضربات القلب، وتجحظ العينان، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم، مع شحوب في الجلد، وزيادة العرق، وجفاف الحلق، وأحياناً ترتجف الأطراف، ويعمق التنفس.

أما ظواهر نشاط الجهاز اللاودي (الباراسمبثاوي)، فأهمها كثرة التبول والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم.

ويتميز القلق فيزيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة، مع بطء التكيف للشدة، أي إن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد، نظراً لصعوبة التكيف في مرضى القلق.

ونركز كلامنا هنا على القلق النفسي كاضطراب أولي، ولكن قد يظهر القلق كعرض في معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية، ويكون علاجه بالتالي علاج المرضى المسبب له، ومن أهم الاضطرابات والأمراض التي تصاحب القلق:

1- اضطرابات عصابية: مثل الاضطرابات الهستيرية بنوعيها التحويلية والانشقاقية وكذلك الاكتئاب، والوهن النفسي المزمن وعصاب الحوادث والتوهم المرضي بأنواعه المختلفة.

2- اضطرابات ذهانية:

(أ) اضطراب الاكتئاب الجسيم: وعادة يبدأ المرض بأعراض قلق وتوتر ومخاوف وكثرة الحركة مما يجعل الطبيب يتجه في تشخيصه إلى القلق، ولذا يجب أخذ ذلك في الاعتبار عند ظهور أعراض القلق فجأة خاصة في عمر متأخر.

(ب) اضطراب مزاجي ثنائي القطب (سابقاً ذهان الهوس الاكتئابي) سواء في نوبات المرح أو الاكتئاب ويكون مصحوباً بأعراض قلق واضحة وأحياناً تطغى على معظم الأعراض الأخرى.

(ج) الفصام: خصوصاً فصام المراهقة، والفصام الشبيه بالعصاب، فهذه الأنواع تبدأ بأعراض قلق وأعراض عصبية وهيئة غامضة مما يجعل التشخيص صعباً إلى حد ما. وكثير من هؤلاء المرضى يعالجون لمدة طويلة على أنهم مصابون بقلق نفسي، حتى تبدأ أعراض الفصام في الظهور، وهنا نتبين أعراض القلق السابقة كانت البداية لمرض الفصام.

3- أمراض عضوية:

(أ) أورام الغدة الكظرية (ورم القواتم **pheochromocytoma**)، ويكون المريض معرضاً لنوبات عارضة من قلق حاد شديد، مع ارتفاع في ضغط الدم، وشحوب في اللون، وزيادة السكر في الدم، ونستطيع التأكد من التشخيص بإجراء دراسة خاصة للهرمونات ولمستقلباتها.

(ب) زيادة إفراز الغدة الدرقية، وهنا يظهر التوتر العصبي، والقلق النفسي، وسرعة التأثر والتهيج مع ارتجاف في الأطراف، وارتفاع في ضغط الدم والتعرق الساخن في الأطراف، مع جحوظ في العينين، دراسة الهرمونات الدرقية هنا لازمة للتفرقة بين هذا المرض والقلق النفسي.

(ج) تصلب شرايين المخ، ويظهر ذلك في المسنين عندما يثورون لأتفه الأسباب، ويغضبون من أقل المنبهات، ويكونون عرضة للقلق وكثرة الحركة والتوتر، وتضطرب الذاكرة خصوصاً للأحداث القريبة، مما يجعل التشخيص واضحاً إلى حد ما.

(د) الشلل الرعاش (داء باركسنون) ونقص السكر في الدم والكثير من الحميات وارتجاج المخ، وسن اليأس والفترة السابقة للطمث تكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر، وكثيراً ما يصاحب اضطراب القلق والهلع في حوالي 15-20% من الحالات تدلي الصمام الميترالي **mitral valve prolapse** في القلب.

الأعراض السريرية "الإكلينيكية" للقلق النفسي

(أ) أعراض جسمية

1- الجهاز القلبي الدوراني: هنا يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر، مع سرعة دقات القلب، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان، ويبدأ في عد سرعة النبض، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً بعض الشئ من جراء الانفعال، ويبدأ المريض المسكين في سلسلة من الفحوصات المختبرية، والدراسات الشعاعية، وتخطيط كهربية القلب، وهكذا يدخل في حلقة مفرغة، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً، ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى.

2- الجهاز الهضمي: وهو من أهم الأجهزة التي يظهر بها القلق النفسي. ويكون في هيئة صعوبة في البلع، أو الشعور بغضة في الحلق، أو سوء الهضم والانتفاخ وأحياناً الغثيان والقئ، أو الإسهال أو الإمساك،

بل ويتعرض المريض أحياناً إلى آلام مغص شديد يحتار الأطباء في تشخيصها، كذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة، وكثيراً ما يكون القيء علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو الشعور بالتقزز أو الاشمئزاز من شخص ما.

3- الجهاز التنفسي: وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس، وضيق التنفس والتنهيدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء. وأحياناً تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثنائي أكسيد الكربون، وتتغير درجة حموضة الدم، مع قلة الكالسيوم النشط في الجسم، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف، وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية، ويلاحظ ذلك في الأماكن المغلقة أو المزدحمة أو عند التعرض لانفعال شديد من فقدان عزيز، أو وفاة...إلخ.

4- الجهاز العصبي: ويظهر القلق هنا بشكل الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض، مع اتساع حدقة العين، وارتجاف الأطراف خصوصاً الأيدي، مع شعور بالدوار والدوخة والصداع.

5- الجهاز البولي والتناسلي: يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، وذلك عند الانفعال الشديد مثلما يحدث قبل الامتحانات، وعند التعرض لمواقف حساسة... الخ. وأحياناً يظهر عكس ذلك من احتباس للبول، كذلك فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (العنة) أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف، وكثيراً

ما تحدث العنة في أوائل شهر العسل عندما يكون الرجل في حالة من التوتر أو القلق نظراً لقلة أو انعدام خبرته. أما في المرأة فالبرود الجنسي، وعدم الاستجابة عادة ما يكون سببها في معظم الأحوال القلق النفسي، بل أحياناً ما يسبب اضطرابات في الطمث، من انقطاعه تماماً، إلى كثرة تردده، إلى آلام شديدة قبله.. إلخ. وعادة لا يفيد العلاج بالهرمونات في مثل هذه الأحوال.

6- الجهاز العضلي: يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة في الجسم، ومن أكثر أنواع الألم شيوعاً، الآلام العضلية، وهنا يعاني المريض من آلام في الساقين أو الذراعين، والظهر وفوق الصدر وكثيراً ما تشخص هذه الآلام على أنها روماتزم.

7- الجلد: يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية مثل العد (حب الشباب) والإكزيمة والشرى (الأرتكاريا)، والصدفية والبهاق وسقوط الشعر.. وغيرها، مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم أو إحالتهم إلى الطبيب النفسي عند فشلهم في معرفة سبب الصراع.

(ب) أعراض نفسية

1- الخوف أو الرهاب: يبدأ المريض بعد حياة سوية بالشكوى من الخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية،

فأحياناً يخاف من الأماكن المغلقة **claustrophobia** أو رهاب الميادين أو رهاب الأماكن المتسعة **agoraphobia** أو رهاب الأمراض **nosophobia**، ويعد رهاب الأمراض من أكثر المخاوف شيوعاً، فهناك الخوف من أمراض القلب، والسل، والسرطان، والزهري، أو الخوف من الموت، أو الجنون، والخوف من مرض الإيدز، وأحياناً يأخذ الخوف مظاهر غريبة، كخوف المرء من ابتلاع لسانه، أو توقف الطعام في حلقه، أو انفجار واحد من شرايين المخ عنده.

2- التوتر أو التهيج العصبي: وهنا يصبح المريض حساساً لأي ضوضاء، فنراه يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس، ويفقد أعصابه بسهولة ولأتفه الأسباب، وتبدأ الأم بضرب وعقاب أولادها على أقل سبب ثم تندم وتبكي بعدها.

3- عدم القدرة على التركيز: وسرعة النسيان، وانعدام التركيز، مع الشعور بالاختناق، والصداع والإحساس بطوق يضغط على الرأس، ويكون ذلك مصحوباً أحياناً باختلال وضع الجسم، أي يشعر الفرد أنه قد تغير عن سابق عهده وأن العالم قد تغير من حوله.

4- فقدان الشهية للطعام: مع فقدان الوزن، والأرق الذي يتميز بالصعوبة في الخلود إلى النوم.

5- شرب الخمر أو تناول الأدوية المنومة أو المهدئة: كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي، مما يؤدي أحياناً إلى

حالات إدمان، ولذا وجب البحث عن القلق المختفي وراء هذه العادة في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو دواء خاص.

(ج) الأمراض النفسية الجسدية

ونعني بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب القلق النفسي دوراً مهما في نشأتها، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي. ومن أهم هذه الأمراض: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية للقلب (احتشاء عضل القلب)، الربو القصبي، روماتزم المفاصل، السكري، فرط نشاط الغدة الدرقية، قرحة المعدة والإثنى عشر، التهاب القولون القرحي، القولون العصبي (المتهيج)، الصداع النصفي، السمنة، فقدان الشهية العصبي، كذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها.

فالعلاقة وطيدة بين مزاج وانفعال الفرد وبين أحشاء الجسم التي تتلقى أعصابها من الجهاز العصبي اللاإرادي، فكما يتغير لون الوجه شحوباً أو أحمراراً عند القلق، نجد أن كل الأغشية المخاطية في المعدة أو القولون تتأثر وتزيد أو تقل إفرازاتها، وكذلك الأوعية التي تغذي العضلات والجلد، وعندما يشتد ويستمر الانفعال يحدث تغيرات عضوية في هذه الاعضاء مما يسبب هذه الأمراض السابق ذكرها، وتدل الأبحاث الحديثة أن جهاز المناعة في الجسم له علاقة خاصة بالمخ والمزاج، وأنه

يفرز المواد المعززة للمناعة، فإذا اعتل مزاج الفرد تقل مناعته ويصبح عرضة للإصابة بالالتهابات واضطرابات المناعة والروماتزم بل وأحياناً الأمراض الخبيثة.

مآل القلق النفسي

يختلف سير مرض القلق تبعاً للفرد، فمن نوبة واحدة لمدة قصيرة تختفي دون عودة خصوصاً في الشخصية السوية، إلى مرض مزمن لا يستجيب لكل أنواع العلاج في الشخصية العصابية، وبين هذين النوعين يوجد الكثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من القلق النفسي بين آونة وأخرى يتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة.

المعالجة

ستناقش تفصيلاً في فصل المعالجة وتشمل:

1- المعالجة النفسية.

2- المعالجة الكيميائية.

3- المعالجة السلوكية.

4- المعالجة الجراحية.

5- التأهيل النفسي.

2- اضطراب الهلع Panic disorder

السمة الأساسية تتمثل بنوبات متكررة من القلق الشديد (الهلع panic) لا تقتصر على موقف محدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها. وتتباين الأعراض البارزة من شخص إلى آخر كما هو الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى، ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان، وألم الصدر، وأحاسيس الاختناق، والدوار وأحاسيس تبدد الشخصية أو الغربة عن الواقع أو تعذر إدراك الواقع، ويترتب على ذلك دائماً وبشكل ثابت وجود خوف ثانوي من الموت أو فقدان التحكم في النفس أو الجنون. وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط، وإن كانت تطول عن ذلك أحياناً، وهي أكثر شيوعاً بين النساء. ويعيش المرضى أثناء نوبة الهلع حالة متصاعدة الشدة من الخوف، وأعراض نشاط زائد بالجهاز العصبي اللاإرادي تؤدي بهم إلى الخروج العاجل من المكان. وإذا حدثت هذه النوبة في موقف معين، كأتوبيس أو وسط زحام، فقد يسعى المريض إلى تجنب هذا الموقف فيما بعد. كذلك فإن نوبات الهلع المتكرر وغير القابلة للتنبؤ بها قد تؤدي إلى خوف المريض من البقاء وحده أو الخروج إلى أماكن عامة، وكثيراً ما يلي نوبة الهلع قلق مستمر من الإصابة بنوبة أخرى، مما يؤدي في النهاية إلى حالة من الرهاب.

3- اضطراب الرهابPhobia disorder

ويظهر فيه الخوف مصاحباً لعدة أمراض مختلفة، ولذا يجب عدم التسرع بتشخيص حالات الرهاب، لأنها أحياناً قد تخفي وراءها أمراضاً أخرى، فكما سبق آنفاً أن تفاعل الخوف أحد الأعراض المهمة لأحد أنواع القلق النفسي يسمى عادة القلق الرهابي **phobic anxiety** وقد تكون استجابة الخوف أحد أعراض الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) خصوصاً في التشخيصات الهستيرية، وهنا يخدم الخوف المريض في الهروب من مواقف معينة، أو يدفعه لتجنب مواجهة الشدائد أو جلب الاهتمام لذاته، أما إذا الخوف فجأة بعد سن الأربعين فيجب الشك في حالة اضطراب مزاجي، كذلك لا نستطيع أن نفعل احتمال وجود مرض عضوي في الجهاز العصبي مثل تصلب شرايين المخ، كما قد يظهر الرهاب تلو التهاب السحايا أو بعد اضطرابات الفص الصدغي في المخ الذي أحيانا قد يفجر الخوف على شكل نوبات متكررة شبيهة بالنوبات الصرعية، وأحياناً يبدأ الرهاب مع مرض الفصام، خصوصاً النوع المعروف بفصام المراهقة باستجابات خوف غامضة وغريبة، ومعها بعض الشك والأعراض الزورانية (البارانويدية) مما يحتم علينا وضع ذلك في الاعتبار.

وأخيراً يظهر الرهاب كأحد الأعراض القهرية في مرض الوسواس القهري كما سيتضح في مناقشته. وتعتمد معالجة تفاعل الرهاب على السبب الأولى للمرض الذي نشأ عنه الخوف أو تفاعل

الرهاب، سواء أكان مرضاً نفسياً أو عضوياً ،ولذا نستطيع تعريف تفاعلات الرهاب كالآتي:

1- إنها غير متناسبة مع الموقف.

2- لا يمكن تفسيرها منطقياً.

3- لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً.

4- تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المسبب للرهاب.

وتقسيم تفاعلات الرهاب كالآتي:

(أ) **رهاب الميادين أو رهاب الساحات والأماكن المتسعة agoraphobia**، ويشمل الخوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحلات أو الزحام أو الأماكن العامة، أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية. وهو من أشد ضروب الرهاب إعاقة، حيث إن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماماً. وكثراً من المرضى يرتعدون من فكرة انهيارهم في مكان عام وتركهم دون مساعدة. ويعد غياب منفذ الخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رهاب الميادين أو رهاب الساحات. وأغلب مرضى رهاب الميادين أو رهاب الساحات من النساء، وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر. كما قد

تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رهاب اجتماعي كسمات إضافية.

(ب) رهاب اجتماعي social phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية.

ويصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد. وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول، ويكون المريض مقتنعاً أن أحد المظاهر الثانوية يمثل مشكلة الأساسية، وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع.

(ج) رهاب محدد (منفرد)

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل رهاب الاقتراب من حيوان ما، أو رهاب الأماكن المرتفعة، أو رهاب البرق، أو رهاب الرعد، أو رهاب الظلام، أو رهاب الطيران، أو رهاب الاماكن المغلقة، أو رهاب التبول أو التبرز في مراحيض عامة، أو رهاب تناول مأكولات معينة، أو رهاب زيارة طبيب الأسنان، أو رهاب منظر الدم أو الجروح، أو رهاب التعرض لأمراض معينة. وبالرغم من أن الموقف المثير محدد بدقة، إلا أن التعرض له قد يثير الرعب كما هو في حالات رهاب

الميادين أو رهاب الساحات أو الرهاب الاجتماعي. وتبدأ انواع الرهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها، وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابي، ومن أهم الموضوعات الشائعة في مرضى الرهاب المحدد هو رهاب التلوث البيئي أو الإشعاعي أو رهاب العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً رهاب متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز).

المعالجة

تشمل المعالجة النفسية والسلوكية، والكيميائية ويتم شرحها بالتفصيل في الفصل الخاص بالمعالجة.

4- اضطراب الوسواس Obsessive disorder

إن هذا العصاب من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين مجموع السكان يتجاوز توقعاتنا السابقة إذ يصل إلى 2.5% تقريبا.

الوسواس القهري

مرض عصابي يتميز بالمظاهر التالية:

1- وجود وساوس تتمثل بشكل أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، إلى جانب أعراض قهرية في هيئة طقوس أو أفعال حركية مستمرة أو دورية.

2- يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس، وابتعادها عن المعقول، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام "وهنا من المهم تفرقتها عن الوهام أو الضلال حيث يؤمن المريض بصحته".

3- محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس وعدم الاستسلام لها، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.

4- إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس، وقوتها القهرية عليه، مما يترتب عليه شلل اجتماعي وآلام نفسية ومعاناة شديدة.

وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهري بعد اكتشاف عدة علامات فيزيولوجية وكيميائية وتشريحية يمكن تمييزها بالأجهزة المختبرة الحديثة.

ويظهر اضطراب الوسواس القهري عادة في الشخصية الوسواسية، التي تتميز بالصلابة وعدم المرونة والتردد وصعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة مع حب النظام والروتين، وضبط المواعيد، والاهتمام بالتفصيلات، وأحياناً البطء الشديد.

الأعراض

1- الأفكار والصور

وهنا تسيطر على المريض فكرة خاصة، أو صورة لمنظر مستلطف أو كريه، أو جمل معينة تتردد على مخه، أو نغمة موسيقية مستمرة في تفكيره.

2– الاندفاعات

ويشعر المريض هنا بإلحاح مسيطر، أو برغبة جامحة، أو باندفاع لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها، ولكن تسيطر عليه هذه الرغبة باستمرار وبقوة، تكون هذه الاندفاعات في هيئة عدوانية أو انتحارية، فيشعر المريض بالرغبة في إيذاء المارة بالشارع أو دفع أخوته من الشرفة، أو إلقاء نفسه في الأدوار العليا أو من القطار أو الأتوبيس، وأحياناً اندفاعات مضحكة، كالغناء في الأماكن المقدسة أو الضحك في الجنازة، أو ضرب من يقف أمامه على قفاه، أو الرغبة الجامحة في عد وضرب الأعداد الأحادية أو الثنائية إلى ما لا نهاية.

3– اجترار الأفكار

وهنا تنتاب المريض أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها، ويحاول التخلص من هذه الأسئلة دون جدوى كالسؤال التقليدي لماذا نعيش، ولماذا نموت؟ ولا يحتل تفكيره سوى هذا السؤال، أو لماذا لا تحل مشكلة الفقر في العالم؟ أو هل التاريخ صحيح أو كله أكاذيب وقصص تختلق على مدى العصور؟ أو هل أنا أعيش أم أنا في حلم دائم؟ وأحياناً قد تأخذ هذه الأفكار صورة أسئلة لا نهائية لا يمكن الإجابة عنها.

4- الأفكار الحركية

وهي من أكثر الأعراض القهرية شيوعاً، وتاخذ هيئة الرغبة الجامحة المسيطرة للقيام بحركات معقدة معينة للتخلص من إلحاح الفكرة الخاصة بذلك، ومن أشهر الأمثلة غسل الأيدي مئات المرات أو غسيل الجسم والمبالغ فيه بعد عمليات التبول أو التبرز أو أثناء فترة الطمث، ومحاولة التطهير المستمر من النجاسة.

المعالجة

1- المعالجة النفسية: يحتاج مريض الوسواس القهري للمعالجة النفسية وليس للتحليل النفسي، وذلك لتفسير طبيعة الأعراض، وتشجيعه وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون، والتقليل من مخوفه على ملكاته العقلية، مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت هذه الأعراض، والمعنى الرمزي لأعراضه.

2- المعالجة البيئية والاجتماعية.

3- المعالجة الكيميائية:

وقد ظهرت حديثاً الأدوية المضادة للاكتئاب التي لها خاصية مؤثرة على الناقل العصبي **neurotransmitter** السيروتونين (انفرانيل- بروزاك- فافارين)، وأثبتت فاعليتها في علاج الوسواس

القهري مقارنة بالأدوية الأخرى المضادة للاكتئاب التي تتلخص فاعليتها في تخفيف القلق والاكتئاب دون التأثير على الوسواس.

4- المعالجة السلوكية

5- المعالجة الجراحية.

6- تفاعل الكرب الحادAcute stress reaction

هو اضطراب عابر، على درجة مهمة من الشدة كتفاعل لكرب جسمي أو عقلي جسيم، والذي يخمد عادة خلال ساعات أو أيام. وقد يكون مسبب الكرب المعاناة من حادث شديد يحمل تهديداً خطيراً لأمان أو سلامة الشخص أو أحد أحبائه "على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حادث أو اعتداء إجرامي أو اغتصاب"، أو تغير مفاجئ في الوضع الاجتماعي للشخص "على سبيل المثال موت عدد من الأفراد، حريق بالمنزل.. إلخ"، وتظهر الأعراض متباينة شديداً، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة ابتدائية من الذهول مع بعض الضيق في مجال الوعي والانتباه، وعدم القدرة على فهم المنبهات، وتشوش الإدراك، وقد يلي هذه الحالة إما انسحاب **withdrwal** متزايد من الموقف المحيط "يصل إلى حد فقد الوعي التفارقي أو الانشقاقي"، أو تهيج وزيادة نشاط "استجابة هروب أو شرود"، وتشيع أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل المميزة لقلق الهلع "سرعة ضربات القلب، التعرق، التورد"،

وتظهر الأعراض عادة خلال دقائق من حدوث المنبه أو الحدث المسبب للكرب، وتختفي خلال يومين أو ثلاثة أيام "وكثيراً في خلال ساعات" وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي بالنسبة للنوبة.

7- اضطراب الكرب التالي للإجهاد

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص "على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حرب، حادثة شديدة، مشاهدة موت آخرين موتاً عنيفاً، التعذيب، الاعتقال".

الأعراض النموذجية تتضمن نوبات من اجترار الحادث من خلال ذكريات رجوعية "ارتجاعات زمنية" مع أحلام أو كوابيس، التي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبلد الانفعالي، والانسحاب عن الآخرين، وعدم الاستجابة للعالم المحيط، وعدم التمتع، مع تجنب النشاطات والموقف التي تذكر بالحادث.

8- اضطرابات التوافق

هي حالات من الضيق الذاتي والاضطراب الانفعالي، غالباً ما تتدخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعيين، وتظهر أثناء فترة التوافق مع

تغير ذي دلالة في الحياة، أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد، وقد يترك الحادث أثراً في تكامل النسيج الاجتماعي للشخص "موت عزيز، انفصال، وهجرة، وضع اللاجئين" أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة في مسار نماء الفرد "دخول المدرسة، تجربة الأبوة أو الأمومة، الإخفاق في الوصول إلى هدف شخصي ذي قيمة عالية، الإحالة إلى المعاش".

9 – الاضطرابات التفارقية

"الانشقاقية" dissociational

والتحويلية conversional "الهستيريا"

وتعرف الهستيريا hysteria على أنها مرض عصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية، ويكون الدافع في هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام، أو الهرب من موقف خطير أو تركيز الاهتمام على الفرد من الإجهاد الشديد، وعادة يظهر هذا المرض في الشخصية الهستيرية التي تتميز بعدم النضوج الانفعالي مع القابلية للتأثر بالإيحاء، ولا يعني ذلك أنهذا المرض يظهر في الشخصيات الأخرى، بل وجد من خلال التجارب السريرية (الإكلينيكية)، أن كل فرد مهيأ للأعراض الهستيريا تحت الإجهاد strain والكرب stress. ولكن تختلف عتبة الفرد حسب استعداده الخاص، وحسب شدة الموقف.

وتتميز الشخصية الهستيرية بالآتي:

1- عدم النضج الانفعالي.

2- الانبساطية في المزاج.

3- القابلية للتأثر بالإيحاء.

4- الأنانية مع حب الظهور.

5- عدم التحكم في الانفعال.

6- فقد الاستقرار الجنسي.

7- القدرة على الانفصال في الشخصية.

التصنيف السريري "الإكلينيكي" للأعراض الهستيرية

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحياناً الفرد السوي للكرب والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيرية التي يمكننا تصنيفها إلى نوعين:

1- الاضطرابات التحويلية conversion disorders أي يتحول القلق والصراع النفسي بعد كبته إلى عرض عضوي أو جسمي، ويكون له معناه الرمزي، ويكون ذلك بطريقة لا شعورية، ولا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة، وينفصل هنا السبب عن العرض. ولا يستطيع المريض أن يربط بين أعراضه وظروفه البيئية.

2- الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) **dissociative disorders** وتنفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه، أو يفقد أثناءها ذاكرته، وذلك للهروب من مواقف مؤلمة نفسياً أو الاجتلاب اهتمام أو رعاية خاصة.

(أ) الاضطرابات التحويلية Conversion disorders

1- الشلل paralysis: وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية شيوعاً، ويأخذ عدة مظاهر؛ فمن شلل في أحد الأطراف إلى شلل نصفي في الذراع والساق، إلى شلل بالساقين وأحياناً شلل بجميع الأطراف. وتكون العضلات أحياناً في حالة تيبس كامل، وأحياناً أخرى في حالة رخاوة شديدة، وبصبح المريض غير قادر على الحركة، وعلينا هنا أن نميز بين هذا الشلل، والشلل العضوي، إذ إن الشلل العضوي يتميز بتغير في المنعكسات العميقة **deep reflexes** مع نحول في الأطراف المصابة، أما مريض الهستيريا فلا يستطيع تحريك الذراع بأكمله.

2- الحبسة (فقدان الصوت) **aphonia**: يأتي المريض هامساً، لا يستطيع الكلام بل يفتح فمه دون أن يصدر منه أي ذبذبات صوتية. ويعبر عن نفسه بالإشارة، وبالطبع يجب أن نميز هذه الحالة عن الحالات العضوية، ذلك بأن نسأل المريض أن يستعمل فإذا أصدر صوتاً، فإن ذلك يعني أن الثنيات الصوتية في حالة جيدة، وأنها تتحرك وبالتالي نستنتج أن الحالة هستيرية.

3- الرعشات tremors: وأحياناً يصحب رعاش الأيدي رجفة أو زهرة في الرأس أو كل الجسم، وتختلف صفات الرعاش هنا عنها القلق العصابي والاكتئاب وزيادة إفراز الغدة الدراقية والشلل الاهتزازي، وغيرها من الأمراض العضوية.

4- العرة tic: ونعني بها أي حركة عضلية فجائية منتظمة، تزداد في المواقف الحرجة، وتأخذ العرة tic عدة مظاهر، فمن رجفة في عضلات الوجه، إلى ارتعاش في جفون العين إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى جانب أو إلى الأمام أو إلى الوراء، وتتضمن كذلك المبالغة في حركة اليدين أو اللعب بالشارب.

5- النوبات الهستيرية hysterical fits: وهي من أكثر الأعراض شيوعاً، خاصة في الشخصيات الهستيرية، وتتراوح شدة هذه النوبات من إغماءة بسيطة إلى هيج عصبي مع تحطيم المصاب كل ما أمامه، وأحياناً تأخذ طابعاً مميزاً، ويصعب تفريقهما من النوبات الصرعية، والتمييز بين النوبات الهستيرية والصرعية له أهمية البالغة نظراً لاختلاف العلاج والوقاية وطبيعة العمل في الحالتين، وتتميز النوبة الهستيرية بالآتي:

(أ) تحدث عادة في وجود الكثير من الأقرباء، تلو أزمة انفعالية، بعكس النوبة الصرعية التي تنتاب المريض في أي وقت بغض النظر عن المشاهدين وأحياناً أثناء النوم.

(ب) لا يؤذي المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية، كما يحدث في الصرع من عض اللسان، وقطع الشفة وكسر الأسنان أو العظام أو الوقوع على آلة حادة وإصابة المريض.

(ج) نادراً ما يتبول المريض على نفسه أثناء النوبة الهستيرية، ولكن غالباً ما يحدث ذلك في الصرع.

(د) تأخذ النوبة الصرعية شكلاً مميزاً، فتبدأ بصرخة من المريض يعقبها وقوعه فجأة على الأرض مع تيبس وتخشب كامل في كل جسمه، ثم تبدأ عضلاته في الاختلال بشدة، يعض أثناءها لسانه أو يتبول على نفسه ويزرق لونه، ثم يبدأ بعد ذلك في التنفس بشدة مع ظهور الزبد على الشفتين، أحياناً يصحبها بعض الدم، ويستمر المريض في غيبوبة بعد ذلك لمدة دقائق تمتد أحياناً إلى نصف ساعة، يفيق بعدها في حالة صداع ونعاس وإرهاق جسمي تام، ولا نستطيع أن نوقف هذا التتابع من الظواهر السريرية (الإكلينيكية) بأي تدخل منا، أما في النوبة الهستيرية فيقع المريض على الأرض دون أي أذى. وأحياناً تزيد سرعة تنفسه وتتشنج أطرافه ولكن لا يتغير لونه، وإن لمسه أحد فغنه يثور ويتهيج ويكسر ما حوله ويخبط برجليه في الأرض، ثم يفيق بعد ذلك فجأة في حالة سليمة سوية بعكس الصرع. وما نراه لدى كثير من السيدات اللاتي يصيبهن إغماءات بعد انفعالات شديدة، ثم يعدن لوعيهن بعد شم الروائح أو النشادر، ما هو إلا نوبات هستيرية.

6- الغيبوبة الهستيرية hysterical coma.

7- التهاب الجلد المصطنع **dermatitis**.

8- المشية الهستيرية **hysterical gait**.

9- الصعر (اعوجاج الرقبة) **torticollis**.

10- اضطرابات حسية.

(أ) الخدر (فقد الحس) **anaesthesia**.

(ب) العمى الهستيري **hysterical blindness**.

(ج) الصمم الهستيري **hysterical deafness** .

(د) فقدان التذوق أو فقدان الشم الهستيري.

(هـ) الآلام الهستيرية.

11- اضطرابات حشوية **visceral disorders**.

(أ) الصداع.

(ب) الغثيان والقيء الهستيري.

(ج) الحمل الكاذب **pseudocyesis**.

(د) فقد الشهية العصبي (الفهم) أو فقد الشهية العصبي anorexia nervosa ، يبدأ هذا المرض خاصة في المراهقات، ونادراً ما يصاب به الرجال بعد محاولة لإنقاص الوزن، ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج، أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما، ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من تلك المريضات وكأنهن يربطن بين البدانة والحمل، وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه، ويحاولن كبته، وتعاني مريضات فقدان الشهية العصبي عادة من البرود الجنسي.

وتدل الأبحاث الحديثة على وجود خوف مرضي من زيادة الوزن، وكذلك اضطراب في إدراكالمريضة لحدود جسمها، إذ أنها ترى نفسها بالرغم من الهزل الشديد وكأنها طبيعية أو تميل إلى السمنة. وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الوطاء hypothalamus، وإن كان البعض يعتقد أنها ثانوية للهزال وليس لها الدور الأساسي.

ويتميز المرض بالآتي:

(أ) رفض الطعام ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع المغريات، وأحياناً بأخذ المسهلات أو بوضع الإصبع في الفم لتحريض القئ.

(ب) توقف الطمث.

(ج) فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال.

(د) السعال الهستيري.

(هـ) البرود الجنسي وعسر الجماع والتشنج المهبلي.

(و) التجشؤ، الفواق، انتفاخ البطن، اللقمة الهستيرية في البلعوم.

(ب) الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) Dissociative disorders

1- فقد الذاكرة **amnesia** وهو من أهم الحيل الدفاعية اللاشعورية التي يلجأ إليها الإنسان عند مواجهة الشدائد، وفقد الذاكرة عملية نشيطة لا يعني بها مجرد النسيان، وعادة ما يفقد المريض ذاكرته فجأة. وأحياناً يستمر ذلك لمدة ساعات أو أيام أو شهور، ولا مانع من أن يتصرف أثناء هذه الفترة كأي إنسان سوى إلا أنه فاقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث.

2- الشرود **fugue** الهستيري ويبدأ بتغيير واضح في الوعي، ويبدو المريض وكأنه مدفوع بقوى داخلية للإتيان بأعمال وحركات بعيدة عن طبيعته، ويتجول المريض في الأماكن المختلفة، ويقوم بمحتلف أنواع النشاط مع فقدان الذاكرة لما أتى به من أعمال.

3- تشوش الوعي والهذيان الهستيري.

4- الغشية (التجلي) والتلبس (المس).

5- السير أثناء النوم.

6- تعدد الشخصية multiple personalities يخلط البعض بين مرض الفصام وبين ازدواج الشخصية الهستيري المنشأ، وذلك خطأ فادح، إذ أن الفصام مختلف في أسبابه ونشأته، أما ازدواج الشخصية فيظهر على شكل شخصية أو شخصيتين مرضيتين تقوم كل منهما بما لا تستطيع القيام به الشخصية الحقيقية، ولا تتذكر الشخصية المرضية حقيقتها، وعندما تعود إلى شخصيتها الأصلية فإنها تتعجب لما يحدث لها وتطلب العلاج النفسي.

7 – الخرف الكاذب الهستيري (متلازمة جانس

Dodementia hysterical pseu – (Ganser Syndrome

يظهر ذلك المرض بين المسجونين، والمعتقلين، والمنتظرين للمحاكمات أو تحت تأثير أي جهاد بيئي، ويعاني المريض من أعراض وأهمها تصرفات صبيانية، واستجابات خاطئة لأسئلة بسيطة وواضحة، وتحمل الإجابة هنا فهم المريض لمعنى السؤال، ولكنها تكون ملتوية وبعيدة عن المطلوب.

المعالجة

تتلخص المعالجة في الآتي:

1- الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض، ومعنى هذه الأعراض بالنسبة للمريض، يمكن ذلك إما بالعلاج النفسي أو تحت

تأثير التخدير من خلال حقنة في الوريد (أميتال الصوديو). ذلك لتسهيل عملية التفريغ النفسي.

2- الإيحاء بالشفاء والحل العلمي للصراعات النفسية بطريقة غير مباشرة، دون أن يأخذ المعالج دور الواعظ أو المرشد، أو حتى طريقة إيجابية بحتة، بل يجب إعطاء المريض الفرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة.

3- نلجأ أحياناً إلى الإيحاء بواسطة المنبهات الكهربائية على المخ، أو على الطرف المشلول خاصة في حالة الحبسة، انعدام الإحساس، الشلل...إلخ.

8 – اضطرابات الجسدنة Somatization disorders

السمات الرئيسية هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالباً متغيرة، تستمر لمدة عامين على الأقل، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل ومعقد من خلال الخدمات الصحية الأولية والمتخصصة، يكون في أثنائه قد أجرت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها، وقد تكون الأعراض خاصة بأي جزء أو جهاز من الجسم.

ومسار الاضطراب مزمن ومتذبذب، وكثيراً ما يصاحبه اختلال طويل المدى في السلوك الاجتماعي والشخصي والعائلي.

9- اضطراب توهم المرض (المراق) Hypochondriasis

السمة الأساسية هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة، يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة. وكثيراً ما يفسر الشخص الأحاسيس والمظاهر الطبيعية والعادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة، كما يركز الانتباه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم. وقد يذكر المريض اسم المرض الجسمي الذي يخشاه، ومع ذلك فإن درجة اقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الاستشارات الطبية، وعادة ما يتبين المريض احتمال وجود اضطرابات بدنية أخرى، بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي. وغالباً ما يكون الاكتئاب والقلق مصاحبين للمراق.

10- اضطراب الألم المستديم الجسدي الشكل

Persistent somatoform pain disorder

الشكوى الأساسية هي ألم مستمر شديد ومزعج لا يمكن تفسيره تماماً بواسطة عملية فيزيولوجية أو اضطراب بدني. ويحدث غالباً مرتبطاً بصراع عاطفي أو مشكلات نفسية اجتماعية تكفي شدتها لاستنتاج أنها المؤشرات المسببة الرئيسية. وينتج عن ذلك زيادة شديدة في المساندة والاهتمام الشخصي أو الطبي.

11- الوهن العصبي Neurasthenia

توجد تنوعات كبيرة في الشكل الذي يتخذه ظهور هذا الاضطراب، ويوجد منه نوعان يتطابقان بدرجة لا بأس بها. أحدهما تتمثل سمته الأساسية في الشكوى من زيادة التعب بعد أي جهد عقلي، وعادة ما يصاحبه انخفاض في الأداء الوظيفي أو الكفاءة في التعامل مع المهام اليومية. ويوصف الوهن نموذجياً بأنه تداخل مزعج من متلازمات أو استراجاعات ومشقة وصعوبة في التركيز وتفكير غير كفء بشكل عام، أما في النوع الثاني فإن التركيز يكون فيه على أحاسيس بالضعف الجسدي أو البدني والإجهاد فقط بعد أقل مجهود، وتصاحبه أحاسيس بالأوجاع والآلام العضلية وعدم القدرة على الاسترخاء. وفي كلتا الحالتين تشيع مشاعر جسمية أخرى مزعجة ومختلفة مثل الدوخة وصداع التوتر، وإحساس عام بعدم الثبات، كذلك يكثر الانزعاج بشأن انخفاض الكفاءة العقلية والجسمية والنزق، وانعدام اللذة ودرجات خفيفة الشدة ومتفاوتة من كل من الاكتئاب والقلق. وعادة يكون النوم مضطرباً في أطوار النهك العصبي الأولى والمتوسط ولكن فرط النوم قد يكون بارزاً أيضاً.

12- متلازمة تبدد الشخصية – الغربة عن الواقع (تبدل إدراك الواقع)

Depersonalization- derealization syndrome

هو اضطراب يشكو فيه الشخص تلقائياً من تغيير كيفي في نشاطه العقلي والجسدي وفي العالم المحيط به، بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية، بعيدة أو آلية. وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به وأن جسمه يبدو مفتقداً الحياة أو معزولاً أو غريباً بشكل أو بآخر، وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة ومفتعلاً، وأن الحياة تبدو كمسرح يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار. وفي بعض الحالات، قد يشعر الشخص وكانه يشاهد نفسه من على بعد أو كانه ميت. وتعتبر الشكوى من فقدان المشاعر هي أكثر الشكاوى معدلاً بين هذه الظواهر المتعددة، وقليل من المرضى يعيشون هذا الاضطراب في شكله المنفرد، أما الأكثر شيوعاً فهو أن يحدث تبدد الشخصية والغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع، والعالم الخارجي في إطار أمراض اكتئابية واضطراب الرهاب واضطراب الوسواس القهري. كذلك فقد تحدث بعض عناصر المتلازمة في أصحاء عقلياً أثناء حالات التعب أو الحرمان الحسي أو التسميم بأدوية الهلوسة، أو كظاهر سابقة على النوم مباشرة أو تالية للاستيقاظ مباشرة. كذلك فإن مظاهر متلازمة تبدد الشخصية والغربة عن الواقع أو تبدل إدراك الواقع تتشابه مع ما يعرف باسم "خبرات الاقتراب من الموت" المصاحبة للحظات الخطر الشديد على الحياة.

اضطرابات الشخصية

Personallity disordres

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتورة سهام راشد
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تعريف الشخصية

الشخصية هي ذلك النمط السلوكي الذي يميز الفرد عن غيره، ومن المعتاد أن تبدو بعض سمات الشخصية منذ الطفولة المبكرة، فالأهل قد يصفون أحد الأبناء أنه اجتماعي منذ نعومة أظفاره، أو أنه مشاغب ومزعج منذ الطفولة الأولى.

وهناك العديد من السمات التي تتشابك وتتفاعل مع بعضها ليصبح لكل فرد نمط معين من الشخصية، كما يوجد العديد من هذه الأنماط السلوكية.

إن الأشخاص الأسرياء قد يتسمون ببعض السمات والتصرفات التي تصادف في حالات اضطرابات الشخصية، ولكن هذه التصرفات أو

السمات تكون بدرجة بسيطة، كما أن عواقبها أو نتائجها ليست مدمرة أو معوقة لمسيرة الحياة الطبيعية مثل نظيرها في اضطراب الشخصية.

تعريف اضطرابات الشخصية

هو ذلك الاضطراب السلوكي الذي يبدو كعدم نكيف في الحياة، وخاصة مع ضغوط الحياة، ويبدأ عادة في الطفولة والمراهقة، ويعوق علاقات الفرد الاجتماعية كما يؤثر على إنتاجية في العمل ويتميز بعدم المرونة.

قد يتبين المحيطون بمريض اضطراب الشخصية أن هناك شيئاً غير مريح في التعامل معه، ويصعب عليهم تحديد ماهو، بل قد يتشككون في أنهم السبب في ارتباك علاقتهم به ولكن قلما يقتنعون أنه مريض نفسي، وعلى هذا قد لا يتجه تفكيرهم إلى طلبهم للمعالجة.

كذلك نجد أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية كثيراً ما يصرح بعدم الارتياح وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة منذ طفولته، إلا أنه أيضاً لا يطرق باب العلاج إلا متأخراً تحت حدوث ضغط من ضغوط الحياة، أو عند مواجهة أزمة من الأزمات (مثل أزمة احتيار زوجة أو أزمة طلاق أو فشل في العمل)، وهنا نجد أنه قد يشكو من أعراض اكتئاب أو قلق أو أعراض نفسية جسمية، ولكن عند البحث بعمق في تاريخه السابق يبدو الاضطراب الأعمق وهو اضطراب الشخصة.

الأسباب

1- الوراثية

تلعب الوراثة دوراً مهما، إذ إن هناك بعض الأنواع من اضطراب الشخصية متوارثة في بعض العائلات، مثل الشخصية القلقة، وفيها وراثة اضطراب الجهاز العصبي اللاإرادي الذي يكون أساساً للاستجابات المضطربة في الأشخاص القلقين، كذلك الشخصية الحدية (البين- بينية)، ونجد أنه غالباً ما يكون أحد الوالدين مصاباً بها، وفي هذا النوع يبدو ضبط النفس والتحكم الانفعالي في حالة عدم نضج، ويشكل أكبر مشكلة في عدم تكيف الفرد.

2- البيئة environment

يؤثر الوالدان في الطفل من حيث طريقة تربيتهما له، فهما القدوة، ومن المتوقع أن يتقمص بعض سمات شخصياتهما. كما أنهما من خلال الثواب والعقاب وإبداء وجهات النظر في أمور الحياة المختلفة تتكون وجهات نظر الطفل، وتتشكل سمات ومميزات شخصيته وكأنه امتداد لهما، فمثلاً المثابة والاستمرارية للوصول إلى هدف تحتاج إلى توجيه وتعليم، فإذا حرم الطفل من هذا التوجيه في الصغر نشأ قليل العزيمة والإرادة، وأصبح من السهل إحباطه وفشله.

ولا بد من التعلم التخصيصي عند التعامل مع الآخرين وتقدير رغباتهم واحتياجاتهم مع تقدير رغبات واحتياجات الطفل، حيث إن جميع

الأطفال في مراحل السن الأولى لا يهمهم إلا أنفسهم وتحقيق رغباهم بأي ثمن وبأي طريقة.

ويعد عدم اكتساب فن التعامل مع الناس والذي يتضمن "الأخذ والعطاء"، أحد جذور اضطراب الشخصية، الذي قد يؤدي غلى اضطراب العلاقات. فمثلاً قد لايستطيع الفرد "العطاء" أو يخالف من "الأخذ"، وينتج من ذلك أن علاقاته لا تستمر، وتضطرب، وتكون غير مرضية له قبل أن يكون غير مرضية للآخرين.

أنواع اضطرابات الشخصية Kinds disorders of personality

يوجد العديد من أنواع اضطربات الشخصية وسوف نصف البعض منها:

1- اضطرابات الشخصية الاجتنابية Avoidant personality

أهم ميزاها: التوتر والقلق المستمر، عدم الشعور بالأمان، والشعور بالنقص مع وجود حساسية رائدة للنقد من الآخرين، وتكون الثقة بالنفس مزعزعة، ومن السهل أن يفقد الفرد حماسه للعمل لو قابلته مشكلة أو معوق.

كما أنه يحتاج إلى الصحبة الدائمة لكي يشعر بالاطمئنان، ونظراً لشعورالقلق وتضخيم الأمور من حيث احتمال حدوث مخاطر في الحياة اليومية فقد يتجنب الفرد الكثير من الأنشطة. ومما يميز الشخص القلق أن

له جهازاً عصبياً لا إرادياً يتسم بدرجة عدم ثبات قد تظهر في صور برودة الأطراف مع وجود عرق طفيف جداً بالكفين باستمرار.

2- اضطراب الشخصية القهرية (الشخصية الوسواسية)

Compulsive (obsessive) personality

يعد كل من النظام والكمال والنظافة واحترام المواعيد اهم شواغل الشخص القهري إلى جانب أن التردد في اتخاذ القرار طلباً للوصول إلى القرار المثالي قد يؤدي إلى عدم اتخاذ القرار في الوقت المناسب. وعلى هذا نجد أن الشخص القهري يتردد عند اختبار نوع الدراسة أو الوظيفة، أو يحاول التغيير بعد اتخاذه القرار، كما أنه يتأخر في اتخاذ قرار الزواج حتى يتجاوز سن الأربعين. ينشغل الشخص القهري بوظائف جسمه خاصة الجهاز الهضمي مثل كمية الطعام وأنواع الطعام التي يتناولها أو عدد مرات التبرز وتوقيتها، وقد ذكر شخص قهري أنه يأكل نفس أصناف الطعام بعينها في الإفطار والعشاء منذ 15 عاماً، ينشغل بالتفاصيل الدقيقة في معظم المواضيع من وقته وطاقته ما يمكن أن يفيده فيما هو أهم. يتمتع هذا الشخص بضمير حي ويحاول أن يصل إلى الكمال.

هذا النمط من الشخصية يصعب عليه التعبير عن انفعاله لمن حوله مع أنه يهتم به، كما يصعب عليه صرف المال حتى أنه يبدو بخيلاً لمن حوله، ولكنه يفسر ذلك على أنه حرص "والحرص واجب"، والعناد والحذر من الصفات التي تجعل التعامل معه صعباً في بعض الأوقات.

هذا النمط القهري هو المعتاد، ولكن يوجد نمط قهري آخر يمكن أن تفسر خصائصه أنها "رد فعل" للسمات السابقة، فيتميز الشخص بعدم النظام أو الترتيب، كما يهتم بالنظافة الخارجية في الملبس مع إهمال النظافة الداخلية، يكثر من صرف المال فيبدو كأنه مجبر على التخلص من المال فور وصوله إلى يديه، أو التخطيط للصرف قبل وصول المال ليديه فعلاً. كما أنه يتأخر دائماً عن ميعاده، أو يصل كآخر فرد في حضور اجتماع أو احتفال.

3- اضطراب الشخصية الهستيرية**Hysterical personality**

هي شخصية اجتماعية من السهل الإيحاء إليها أو استهواؤها، وتتقلب بسهولة مع الظروف.

وانفعالاتها غير ناضجة من حيث عدم ثبات الانفعال أو زيادة كميته بالنسبة للمواقف المختلفة، مع ضحالة المشاعر تجاه الآخرين، في العطاء للأبناء أو الزوج محدد. كما أن تحملها للمسؤولية ضعيف فهي دائمة الاعتماد على الغير وعلى لفت النظر. ويعتبر التحايل سمة مهمة تحقق للشخصية الهستيرية كثيراً من رغباتها على حساب الآخرين الذين يضطرون إلى التنفيذ.

تتميز الشخصية الهستيرية بالمبالغة في وصف متاعبها أو وصف المواقف أو الأحداث التي تمر بها. كما أنها استعراضية في الملبس من حيث

اختبار الألوان أو كشف أجزاء من الجسم أكثر من اللازم تبعاً للموضة ورغبة منها في لفت النظر، وعلى هذا نجد أن الأنثى تجذب الرجال إليها ولكن عند الزواج يتبين أنها مصابة بالبرود الجنسي.

4- اضطراب الشخصية الزورانية (البارانويدية)

Paranoid personality

إن ثقة صاحب هذه الشخصية بالناس محددة، وهو يميل للتشكك بدرجة أكثر من العادي في نواياهم. ثقته بنفسه تبدو عالية وتحمل طموحاً كبيراً مع أنه داخلياً لا يتقبل عيوبه.

وهو يرى أن النفس هي مركز العالم، فالرؤيا لكل شيء من خلال ما يعود على النفس من فائدة أو ضرر، وهو مفرط الحساسية في التعامل مع الآخرين، فلا يتقبل أي نقد أو ملحوظة، بل إنه أحياناً يترجم الكلام العادي أو الفعل البريء على أنه تحقير أو رفض أو مناصبة العداء له، فهم يفهمه ويفسره بطريقة تميل إلى تشويه الواقع. وقد يصبح بعض هؤلاء المرضى عدوانيين ولجوجين، وقد يشعر أحدهم بالغيرة عمن حوله، ويحسدهم على تفوقهم. ولكي نتعامل معه يجب أن نكون صادقين وواضحين في كل تصرفاتنا، فيشعر بالأمان ولا يشكك في تصرفاتنا.

5- اضطراب الشخصية شبه الفُصَامية: **Schizoid personality**

يتميز الفرد بالهدوء مع الحساسية المفرطة، فهم يفضل التأمل والقراءة لأن معظم وقته يكون منفردًا بنفسه، فهو قليل الأصدقاء وإذا صادق شخصًا ما لم يفتح له قلبه أو يطلعه على سره، فهو لا يظهر مشاعره تجاه الآخرين فيظلمه البعض بأنه بارد المشاعر.

كما أنه خجول في تعامله مع الناس ويبتعد عن المجتمعات أو الحفلات. يفضل أن يعمل منفردًا ولا يحتك بأحد ولا يهتم كثيرًا بالمدح أو النقد الموجه إليه.

6- اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع **dissocial personality**

تتصف هذه الشخصية بتجاهل التزامات وتقاليد المجتمع، مع عدم الاستفادة من التجربة، وعلى هذا يتكرر الخطأ العديد من المرات، وكلما كبر الفرد في السن ازداد عنف وخطورة أخطائه، مما يؤدي به إلى الوقوع تحت طائلة القانون.

وعلى هذا يشكل هذا النوع من اضطراب الشخصية مشكلة للمجتمع ككل ولأسر المرضى خاصة، ومع أن الخطأ يتكرر ويتبعه العقاب إلا أن المريض لا يتعلم ولا يستفيد من خبراته السابقة بما في ذلك العقاب، وهذا يشير إلى أن هذا الشخص يعاني من نقص في وظيفة الأنا

الأعلى أو القاضي الذي بداخل كل فرد، والذي يجعل الفرد يتحكم في اندفاعاته ورغباته ويحققها بطريقة سليمة وليس على حساب الغير.

نظرًا لفقدان المشاعر نحو الآخرين، والعنف المتهور، وعدم الاكتراث المتصلب، نجد أن المريض قد يتورط في سرقة أو في أفعال جنسية شاذة أو في تعاطي كحول أو أدوية ويتكرر ذلك، مما يؤدي أحيانًا إلى دخول السجن.

إن درجة القلق والشعور بالذنب ضعيفان إلى درجة أنهما يكونان منعدمين، مع ضعف احتمال الفرد للإحباط، وقد يلوم الآخرين مع تقديم مبررات خادعة لسلوكه.

7- اضطراب الشخصية الاتكالية **dependent personality**

يتسم هذا الاضطراب بكثرة الاعتماد على الآخرين مما يجعلهم يتخذون مسؤولية القرارات المهمة في حياة المريض، كما يتنازل المريض عن رغباته واحتياجاته فيرضخ لرغبات من يعتمد عليهم ــ

يشعر المريض بالخوف أن يتخلى عنه الآخرون ويحتاج للتطمين المستمر منهم. كما يشعر بالعجز وانخفاض الروح المعنوية وأنه يفتقد القوة والقدرة على الاحتمال. ويلقي اللوم على الآخرين إذا حدثت محنة أو شدة.

8- اضطراب الشخصية غير المتزنة انفعاليًا:

يتسم هذا النوع من الاضطراب بعدم استقرار المزاج، والميل الشديد للتصرف المندفع دون اعتبار للعواقب مع قابلية حدوث ثورات متطرفة من الغضب الذي قد يؤدي إلى العنف خاصة إذا انتقد أو أحبط الفعل المندفع.

(ا) النوع الترقي (المندفع): يتميز بعدم استقرار المزاج وعدم القدرة على التحكم في السلوك، مع حدوث نوبات عنف أو تصرفات تهدد المحيطين به خاصة إذا انتقدوه.

(ب) النوع الحدي (البين بيني) borderline personality: الاندفاع من الخصائص الهامة للشخصية الحدية (البين بينية) ونتيجة لذلك نجد التورط في الإدمان أو الجنس أو محاولات الانتحار المتكررة عند حدوث أي إحباط أو معوق أو صراع في الحياة (طالب الثانوية العامة حاول الانتحار 18 مرة في فترة أربعين يومًا).

وهو يبدأ بالانفعال الغالب المتمثل بالغضب المستمر من كل شيء ويليه شعور بالاكتئاب، وعلى هذا تضطرب العلاقات بالآخرين.

الشخصية الحدية (البين بينية) اجتماعية بدرجة واضحة، فهي لا تحتمل الوحدة، ومع ذلك يمكن وصف العلاقات بالآخرين أنها سطحية ومذبذبة، فقد تنتهي الصداقة لمجرد سبب تافه.

مفهوم الفرد عن الآخرين يتأرجح بين النقيضين؛ المبالغة في تقديرهم، ويعقب ذلك الحط من قدرهم، فالمريض لا يمكنه أن يتقبلهم كوحدة تحمل بعض الميزات وكذلك العيوب. مفهوم الذات لدى الشخصية الحدية (البين بينية) غير ثابت ومضطرب ما بين شعور بعدم الثقة والتفخيم للنفس.

التحصيل الدراسي مضطرب، والتغيب عن العمل كثير ومستمر رغم حدة الذكاء.

قد تحدث نوبات ذهان قصيرة المدة (لعدة أيام) أثناء ضغوط الحياة، تكون أعراضها مشابهة إلى حد ما للفصام أو الهوس أو الاكتئاب أو نوبات غضب شديدة يحدث معها تفكك في الوعي وبعدها ينسى المريض معظم ما حدث أثناءها.

9- اضطراب شخصية غير محدد:

(ا) الشخصية العدوانية اللافاعلة **passive-aggressive personality**: يتسم الشخص العدواني بممارسة عدوانية بطريقة سلبية، فهو لا يتشاجر ولا يفقد سيطرته على نفسه بالغضب، بل يستخدم شخصًا آخر كمخلب قط ليضايق به من حوله، ويتحكم فيهم، وهنا يشعر الآخرون بالإحباط الشديد تجاهه وكذلك بعدوانه.

سلبية العدوانية تبدو في عدم حضور اجتماع بدون اعتذار، أو امتناعه عن إبداء رأيه، أو إدعائه عدم المعرفة مع أنه على معرفة كاملة بالموضوع.

التسريف والتأجيل من أهم صفاته، مثل الموظف الذي يرد بهدوء دائمًا على العميل تعال غدًا. ويتحايل على من حوله لتنفيذ رغباته، وبهدوء يجعلهم يفعلون ما يريد، فدائمًا مصلحته في المقام الأول ودائمًا يضعهم في ظروف تجبرهم على تنفيذ ما يريد.

وصاحب هذه الشخصية يحمل داخله كمية كبيرة من العدوان، ونظرًا لعدم نضجه فإنه لا يستطيع التعبير عنه بشكل صريح، فيتصرف بسلبية شديدة تؤدي إلى غيظ شديد لدى الآخرين إذا كان الشخص السلبي في مركز رئاسي أو يتعامل مع من هم أقل منه تكون معاملته لهم جافة وغير لائقة.

(ب) اضطراب الشخصية النرجسية **narcissistic personality**:
هذا النوع من اضطراب الشخصية يتميز بالتعالي مع المبالغة في وصف الفرد للمواهب (التي يراها هو فقط)، وعلى هذا يميل إلى التفاخر بما يمتلك من تحف أو ممتلكات أو معلومات، وفي الوقت نفسه يقلل من شأن من حوله حتى يضع نفسه هو في القمة والجميع أقل منه، لا يحتمل النقد وقد يتجهم سريعًا لو أبديت له ملحوظة صادقة عن تصرف خاطئ قد قام به، وفي نفس الوقت قد يجرح بشدة من هم أقل منه مركزًا لو أخطأوا.

يعزو لنفسه أشياء كثيرة خاصة الإنجازات الهامة مع أن غيره هو الذي قام بها ـــ وذلك يوضح خلطه للواقع مع تخيله أنه مؤثر في كل شيء.

إذا كان في مجال العمل عدد من الأعمال التي يجب أداؤها يختار ما يظهره ويجعله محط أنظار من حوله، ويتهرب من العمل الجاد الذي لن يغذي غروره. من المعتاد أنه يفتقد عمق المشاعر ودفئها، وعلى هذا إذا كان متزوجًا فمعظم العناء يقع على الزوجة التي ترهق في علاقتها معه من كثرة عطائها له مع عدم الرد عليها بالمثيل من العواطف.

معالجة اضطراب الشخصية:

1- المعالجة النفسية الفردية:

تهدف المعالجة إلى مساعدة المريض كي يتفهم تصرفاته مع الآخرين ونتائجها، كما تهدف إلى التقليل من التكيف السيئ في مواقف الحياة المختلفة.

2- المعالجة النفسية الجماعية:

يستفيد المريض في هذا الأسلوب العلاجي من المعالج بالإضافة إلى استفادته من المرضى الآخرين وردود فعلهم تجاهه أو توجيهاتهم له.

3- المعالجة الدوائية:

قد يحتاج المريض إلى المهدئات الكبرى أو مضادات الاكتئاب لفترات من الوقت تبعًا لحالته الانفعالية. كما أن دواء الكاربامازبين carbamazpine (وهو مضاد للصرع) قد ينفرد لكي يعطي درجة ثبات انفعالي في بعض الحالات من اضطراب الشخصية.

اضطرابات النوم

Sleep disturbances

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي

الأستاذة الدكتورة أميرة سيف الدين

يقضي الإنسان ثلث عمره في النوم، الذي هو عامل حيوي لقيام الفرد بنشاطه الجسمي والنفسي خير قيام، واضطرابات النوم متعددة وتصنف إلى: الأرق (صعوبة الدخول في النوم والمحافظة عليه)، وفرط النوم (وسن أثناء فترة اليقظة)، واختلالات النوم (كوابيس،

التكلم أثناء النوم، السير النومي). ويعد الأرق أكثر هذه الاضطرابات شيوعًا، ويشكو منه يوميًا العديد من المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين.

الأرق

الوبائيات:

تتراوح نسبة انتشار الأرق عند مجموع السكان في العالم بين **10** و**20** في المائة في المدن الكبرى. وقد أوضحت دراسة إحصائية أجريت في

الدار البيضاء، المغرب على عينة ممثلة لسكان مدينة الدار البيضاء يتراوح عمرهم بين **18** و**45** سنة أن أكثر من **11** في المئة منهم يعانون من أرق محدد بمعايير تشخيصية دقيقة.

التشخيص التفريقي:

ليس الأرق مرضًا، وإنما هو عرض من الأعراض، ويمكن أن ينشأ عن أسباب مختلفة جسدية أو نفسية. كما أن حوالي ثلث المرضى الذين يعانون من الأرق يكون مخطط كهربية الدماغ لديهم أثناء النوم عاديًا. ولذلك فإنه لا يكفي أن يشتكي إنسان من اضطراب في نومه لنبدأ علاجه على التو، بل يجب تحديد التشخيص انطلاقًا من معايير ثلاثة:

- وجود اثنين على الأقل من الأمور الثلاثة التالية:

تجاوز مدة تأخر الدخول في النوم بـــ**30** دقيقة.

تقلص مجموع مدة النوم بنسبة **25** في المائة على الأقل.

الاستيقاظ مرتين في الليل مع صعوبة العودة إلى النوم .

- تأثير الأرق السلبي على النشاط خلال النهار.
- استمرار الاضطراب لمدة **10** أيام على الأقل.

ويجب تحديد موعد الأرق: في بداية الليل، أو وسطه، أو آخره. ويعتبر الأول أكثر تلك الأنواع انتشارًا، بينما يعد الأخير عادة علامة على اكتئاب داخلي المنشأ.

المعالجة:

(ا) في بعض الحالات:

– يكفي الإنصات إلى شكاوى المريض وطمأنته وتوجيه نصائح صحية وغذائية له ليستعيد نومه الطبيعي.

– يكفي تغيير ظروف النوم (المكان، نوعية السرير، عشاء خفيف قبل النوم) لتحسين جودته.

(ب) في كل الحالات:

– البحث عن نمط حياة المريض له أهمية خاصة (الحياة الأسرية والمهنية، ظروف النوم، طبيعة الحياة اليومية، الأزمات).

– الحث على التزام حياة أكثر استقرارًا، والقيام بتمارين رياضية ممتعة (المشي، أو ركوب الدراجة مثلًا)، وتجنب الأزمات ما أمكن. ومن المفيد التذكير بأنه لا يمكن الإرغام على النوم. فكما هو الشأن بالنسبة للممارسة الجنسية أو الضحك مثلًا، يتطلب النوم الاسترخاء الجسدي والنفسي.

– تجنب المنبهات النفسية: الشاي الأسود أو الأخضر، القهوة (بالحليب أو بدونه)، المشروبات الغازية المحتوية على المنبهات، والإقلاع عن التدخين.

– تجنب استعمال البربيتوريات كمنومات.

3ـ البحث عن سبب الأرق:

فهو الذي يحدد إمكانية المعالجة من قبل الطبيب العام أو ضرورة زيارة المتخصص.

الحالات التي توجب استشارة الاختصاصي:

الأرق الذهاني: الذي يدخل في إطار هذياني أو في إطار ذهاني هوسي. وعلاجه يقع في نطاق عمل الطبيب النفسي، وهو مبني على مضادات الذهان (**neuroleptics**).

الأرق الناتج عن حالة اكتئابية خطيرة، وعلاجها بمضادات الاكتئاب (**antidepressants**) أو المعالجة الكهربية.

– الحالات التي يمكن أن يعالجها الطبيب العام:

أرق ذو منشأ عضوي: كل الأمراض الطبية والجراحية يمكن أن تسبب الأرق، وخصوصًا إذا صاحبتها آلام أو كانت تشكل

خطرًا على حياة المريض. وبديهي أن العلاج ينصب أولًا على علاج المرض المسبب، لكن يمكن أن تضاف إليه منومات من نوع البتزوديازبينات أو السيكلوبيرولون أو غيرها.

أرق ناتج عن الاكتئاب: وهنا تأتي الأعراض الاكتئابية في مقدمة الحالة المرضية: مزاج حزين، بطء نفسي- حركي، تصاحبها أحيانًا أفكار أو سلوك انتحاري.

وعلاج حالة الاكتئاب يمكن أن يتولاه الطبيب العام إلا في حالة اكتئاب خطير (مصاحب بهذيان أو باختلاط، أو بخطر الانتحار) أو إذا لم يتحسن رغم العلاج.

وجدير بالذكر أن هذا النوع من الأرق يستلزم علاجًا بمضادات الاكتئاب، لأن علاج حالة الاكتئاب هذه تؤدي تلقائيًا إلى تحسن نوعية النوم. ومن المعلوم أن بعض مضادات الاكتئاب هي أيضًا مهدئة ومنومة، بينما بعضها الآخر منبه يمكن أن يسبب أرقًا إذا تناوله المريض بالليل.

أما المقدار اليومي من الأدوية الثلاثية الحلقات (**tricyclics**) فيتراوح بين **100** إلى **150** ميلي غرام على الأقل، وبداية التأثير العلاجي لا تظهر إلا بعد **3** إلى **4** أسابيع. ويجب التأكد من عدم وجود موانع لاستعمالها لدى المريض (وخصوصًا

اضطراب النقل القلبي)، كما يجب إعلامه بإمكانية ظهور بعض مضاعفات العلاج (مضادات المفعول الكوليني).

إن علاج الأرق الناتج عن الاكتئاب بالمهدئات وحدها عمل مضر وغير مفيد، بل يمكن أن يشكل خطرًا على المريض، لأن ذلك لا ينقص من معاناته وتألمه، بل يمكن أن يدفع أحيانًا بالمريض إلى الانتحار.

أرق غير اكتئابي ولا ذهاني: يعالج المريض هنا بالمنومات في حالة الأرق المرتبط بحالة عابرة، وبالمهدئات في حالة القلق المزمن.

أما المنومات من فصيلة البنزوديازيبين **Benzodiazepines**، ويمكن أن تكون ذات عمر النصف الطويل أو القصير، أما ذات عمر النصف القصير فتتميز بكونها تساعد على الدخول في النوم ولا تؤثر على استيقاظ المريض في الصباح. وأما ذات عمر النصف الطويل، فتكمن فائدتها في تأثيرها المزيل للقلق بالنهار زيادة على فعلها المنوم.

ويجب أن تبقى مضاعفات هذا النوع من الأدوية حاضرة باستمرار في ذهن الطبيب المعالج أثناء وصفها للمريض: اضطرابات في الذاكرة مرتبطة بالأحداث التي وقعت في فترة استعمال الدواء، وخصوصًا المنومات ذات عمر النصف القصير، وحالة وسن بالنهار، والإدمان.

– منومات غير بنزوديازبينية: يدخل فيها المنومات من فصيلة الباربيتوريات (**barbiturates**) التي يجب دائمًا تجنبها.

كما تدخل فيها فصائل جديدة تحمل اسم السيكلوبيرولون (**cyclopyrrolone**) والأيميدازوبيريدين (**imidazopyridine**) وتمتاز هذه الفصائل بكونها تؤدي إلى مضاعفات أقل، وخصوصًا منها الإدمان.

إن مدة العلاج بالمنومات يجب أن تكون أقصر ما يمكن، وأن لا تتجاوز الشهر الواحد. كما يجب ألا تجدد الوصفة المشتملة على منوم بصورة تلقائية. ومن المستحسن أن يرى المريض بعد يومين أو ثلاثة من وقف العلاج بالمنوم تحسبًا لعودة الأرق كما كان أو أشد.

– أما المهدئات التي تُتناول نهارًا، فيمكن أن تساعد أيضًا على مكافحة الأرق. وتستعمل هنا أساسًا المهدئات من فصيلة البنزوديازبيين فهي تهدئ قلق المريض في المساء، وتمكن بالتالي من استقبال النوم بصورة أحسن.

وأخيرًا فإن الأرق منتشر بين عموم الناس وبين المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين. فمن واجب أي طبيب أن يشخص حالة الأرق ويحدد أسبابها ويقوم بالتصرف المناسب: إما علاجها وإما إحالتها إلى الطبيب المتخصص إذا تعلق الأمر بمرض نفسي خطير أو مقاومة للدواء. ومهما يكن من أمر، فمن الضروري على الطبيب أن

يتجنب وصف المنومات لكل شخص يشكو من الأرق، فهو تصرف غير مبرر وقد يكون ضارًا بالمريض.

الاضطرابات الجنسية

Sexual disorders

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم

الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي

وهي اضطرابات وظيفية ليست نتيجة مرض عضوي تحدث اضطرابات الجنس الوظيفية (بدون سبب عضوي) بين الرجال والنساء ومن خصائصها ما يلي:

1- لا يستطيع الفرد أن يشارك في العلاقة الجنسية كما يود أو يرغب .

2- قد يحدث الاضطراب ثم يختفي.

3- يستمر الاضطراب لمدة **6** أشهر على الأقل.

4- لا يعزي الاضطراب لأي من الاضطرابات النفسية أو السلوكية الأخرى، أو الاضطرابات العضوية (مثل أمراض الغدد الصماء)، أو المعالجة الدوائية.

ومن الممكن قياس شدة الاضطراب وكذلك تكرار حدوثه. كما أنه من الممكن حدوث أكثر من نوع في وقت واحد. من البديهي أن

نعلم أن الاضطرابات التي تؤدي إلى المعاناة الجنسية من المواضيع الحساسة التي يجب أن نبحث فيها بكل حرص وعناية حتى لا نزيد من شعور المريض بالإحباط.

1ـ انعدم أو فقدان الرغبة الجنسية

يشكو الفرد عادة من انعدام الرغبة الجنسية التي تظهر عدم تفكيره في الجنس مع عدم الشعور بأي رغبة أو خيال جنسي، وكذلك عدم بحثه عن أي محاولة جنسية. وقد تنعدم الرغبة في المبادرة في أي نشاط جنسي مع الزوج أو حتى مع النفس (العادة السرية). وعلى هذا يتضح قلة الممارسة عن ذي قبل، مع الأخذ في الحسبان لعامل السن والظروف والخبرات السابقة وصحة الفرد وهل الشكوى طارئة أم مزمنة، وهل سبق ذلك سوابق جنسية سوية أم لا. قد تسبب الشكوى انشغال للمريض، أو قد يواجهها بعدم اكترث، وهنا يكون الطرف المشارك (الزوج) هو صاحب الشكوى. ومن النعتاد أن تكون الممارسة طبيعية بمساعدة الزوج.

2ـ النفور الجنسي وفقدان التلذذ الجنسي

النفور الجنسي: ينفر الفرد من ممارسة الجنس مع الزوج مع شعور بالخوف والقلق ويتحاشى الممارسة. وإذا حدث اتصال جنسي فإن

المريض لا يشعر بالتلذذ مطلقًا، بل قد يكون انفعاله سلبيًا بشدة. وهنا لا يكون النفور والرفض بسبب فشل سابق أو قلق من الممارسة أو الأداء.

فقد التلذذ الجنسي: يتم الاتصال الجنسي ولكنه يكون غير مصحوب بشعور اللذة أو شعور الإثارة الممتعة. وهنا يجب التأكد من عتبة الإحساس قبل أن ينظر في وجود صراعات نفسية.

3ـ فشل الاستجابة الجنسية

في الرجال: يتسم الفشل في عملية الانتصاب، وعلى هذا لا يتم الاتصال الجنسي، وقد يحدث على أي من الصور الآتية:

1– انتصاب كامل في المراحل الأولى من العملية الجنسية ولكنه سرعان ما يختفي، وعلى هذا لا يتم الاتصال الجنسي.

2– لا يحدث الانتصاب، ولكن أحيانًا يحدث عندما لا تتوافر الظروف الممارسة.

3– انتصاب جزئي، يتلوه انتصاب كامل، كافٍ للممارسة الجنسية.

4– عدم حدوث انتصاب أصلًا.

يجب البحث في العوامل النفسية وخاصة انفعال القلق، مع مراعاة للظروف التي يمارس فيها الجنس، وراحة المريض النفسية والجسمية، وكذلك دور الطرف الآخر.

وقد أدى اكتشاف الأدوية الحديثة الفموية إلى تطور في هذا المجال.

في النساء: يحدث فشل في الاستجابة الجنسية يتضح في فشل حدوث الإفرازات المهبلية مع قلة تورم الشفرين وقد يحدث على أي من الصور التالية:

1- فشل الإفراز عامة في كل الظروف.

2- قد يحدث الإفراز في البداية ولكنه لا يستمر مما يصعب معه استمرار العملية الجنسية.

3- الإفراز يحدث تحت بعض الظروف ولا يحدث في ظروف أخرى مثلًا يحدث مع العادة السرية ولا يحدث في الاتصال الجنسي.

4- اضطراب الإرجاز (هزة الجماع) orgasm

قد يحدث اضطراب الإرجاز (هزة الجماع) على النحو التالي:

١- يحدث تحت أي ظرف ومع أي شخص.

ب- يحدث الاضطراب في بعض الظروف ولا يحدث في ظروف أخرى (مثل الاتصال الجنسي أو العادة السرية) كما قد يحدث للرجل في حضور الزوجة ولكن يختفي عند الممارسة.

هناك تفاؤل عند معالجة السيدات عنه في الرجال الذين قد يكون لديهم اضطرابات آخر في الشخصية، بالإضافة لاضطراب الجنس.

يجب أن نبحث في الضغوط والمشاكل التي قد تسبب الاضطراب، مع التنبيه على: التركيز والانتباه للأحاسيس أثناء الجنس.

5ـ الدفق المبتسر premature ejaculation

يحدث القذف المبتسر قبل التلذذ بالممارسة الجنسية ويظهر على النحو التالي:

1- يحدث القذف قبل أو عند بداية الاتصال الجنسي (قبل أو خلال 15 ثانية).

2- يحدث القذف رغم عدم وجود انتصاب وعلى هذا لا يكتمل الاتصال الجنسي .

3- قد يحدث القذف المبتسر نتيجة للحرمان الطويل من النشاط الجنسي.

من المعتاد أن تكون الشكوى من المرأة. ويجب أن يشارك الطرفان في المعالجة. وينبغي التغلب على انفعال الغضب الذي قد تعاني منه الزوجة.

المعالجة السلوكية: يشارك الطرفان فيها لضمان النجاح.

6ـ تشنج المهبل النفسي المنشأ psychogenic vaginal spasm

قد يصعب الاتصال الجنسي وقد يحدث ألم يحول دون الاتصال الجنسي بسبب تشنج المهبل. من المعتاد أن يكون هذا الاضطراب ابتدائيًا، ونادرًا ما يحدث كاضطراب ثانوي نتيجة حدوث اغتصاب أو حدوث مرض في المهبل.

ومن المعتاد أن يصاحب التشنج المهبلي خوفا من ممارسة الجنس، ويتلو ذلك حدوث الألم عند أي محاولة اتصال.

وقد يحدث الاضطراب على النحو التالي:

1– استحالة الاتصال الجنسي الطبيعي.

2– حدوث التشنج المهبلي بعد فترة من الممارسة الجنسية الطبيعية، وهنا نجد أن أي ممارسة جنسية ممكنة باستثناء الإيلاج، وأي محاولة إتمام اتصال جنسي كامل يحدث معها خوف وتشنج مهبلي مع تقلص في عضلات

الفخذين مما يحول دون الاستمرار. ومن المعتاد أن يتعاطف الزوج حين يشعر بألم الزوجة ويحاول مساعدتها.

3- عسر الجماع النفسي المنشأ psychogenic dyspareunia

يظهر عند في النساء ألم أثناء الجماع يتعذر معه الممارسة (قد يقتصر الألم على البداية، أو يستمر طوال مدة الجماع) دون أن يترافق بتشنج مهبلي. يجب على الطبيب معرفة توقيت الألم ومكانه بالضبط. من المعتاد أن تكون لدى المريضة سمات شخصية تميل إلى تحويل الصراع النفسي إلى الجسم فيبدو في صورة ألم.

اضطرابات الأكل

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

تشمل اضطرابات الأكل على عدة أنوا ع من الاضطرابات أهمها:

1– القَهَم (فقد الشهية) العصابي.

2– النهام.

3 – القَطَا (الوَحَم)

1ـ القهم (فقد الشهية) العصابي anorexia nervosa:

يصيب هذا الاضطراب عادةً الفتيات المراهقات، ويتميز بما يلي:

1– تحاشي المواد الغذائية المرتفعة الكالوري (مثل المواد الكربوهيدراتية والدهنية) بقصد إنقاص الوزن مع الخوف الشديد من زيادة الوزن.

2– تشوه مفهوم صورة الجسم (أي الحجم)، فبالرغم من قلة الوزن الواضحة للجميع فإن المريضة تنكر أنها نحيفة، وتصر على

الاستمرار في تقليل الطعام لأنها تشعر أنها بدينة. وكلما ازدادت درجة تشويه مفهوم صورة الجسم كلما أدى ذلك إلى صعوبة المعالجة وعدم تحسن الحالة.

3- فقد 15%-25% من الوزن على الأقل، وقد يكون أكثر من ذلك، مما قد يستدعي الإدخال إلى المستشفى.

4-درجة النشاط العقلية والجسمية طبيعية.

5- غالبًا ما يحدث انقطاع الطمث، بالإضافة إلى حدوث بعض اضطرابات الغدد الصماء الأخرى، نتيجة لاضطراب وظيفة الوطاء **hypothalamus** مع الغدة النخامية (مثل ارتفاع مستوى هرمون النمو وارتفاع مستوى الكورتيزول، مع حدوث تغيرات في عملية استقلاب (أيض) هرمون الغدة الدرقية، واضطراب إفراز الأنسولين).

6- ضمور العضلات مع قوتها.

7- حدوث جفاف، إمساك، انخفاض في درجة الحرارة مع بطء النبض.

8- إذا حدث المرض قبل سن البلوغ فإنه يعطل حدوث البلوغ في الإناث والذكور.

يبدأ التاريخ المرضي المعتاد بأن الشابة في مرحلة المراهقة تميل ميلًا طفيفًا للسمنة، وعلى هذا تبدأ في تنظيم الأكل لتقليل الوزن. ولكن بعد

الوصول للوزن المثالي (الطبيعي) تستمر بإرادتها في تقليل الأكل بدرجة كبيرة (حيث ترفض أصنافًا كثيرة لعدة شهور) فيستمر نقص الوزن، ونظرًا لتحريف مفهوم صورة الجسم يستمر تقليل الأكل.

قد يصيب هذا الاضطراب الذكور أيضًا ولكن بنسبة أقل، نسبة إصابة الإناث إلى الذكور= 10:1

الوالدان: يتميزان بأنهم مسيطران ومفرطان في حماية أبنائهم، ويتطلبان من أبنائهم الكثير، ويتمتعان بطموح زائد.

عوامل المرض:

هناك تداخل بين عدة عوامل لحدوث المرض.

1- الوراثة، ولم يثبت دورها بعد.

2- الأسباب البيئية - الاجتماعية مهمة، حيث يكثر الاضطراب في بعض البيئات عنها في بيئات أخرى.

3- اضطراب جو الأسرة وعلاقات الأفراد فيها، ويكثر الحديث عن الطعام كوسيلة اتصال بين أفراد الأسرة.

4- الشخصية الوسواسية.

5- رفض دور البلوغ والتطورات الجنسية المصاحبة لهذا الدور.

6- تلاحظ الاضطرابات الوجدانية بنسبة عالية في الأقوياء.

التشخيص التفريقي:

1- الأمراض العضوية مثل: السكري، فرط نشاط الدرقية، السرطان، سوء الامتصاص، مرض كرون.

2- الاكتئاب.

3- الفُصام.

4- الوسواس القهري.

مآل المرض:

مع المعالجة يحدث تحسن كامل في 35% من الحالات، وتحسن إلى حد ما في 30% من الحالات. وبدون معالجة قد تصل نسبة الوفاة إلى 5%.

المعالجة:

قد تحتاج المريضة الإدخال إلى المستشفى (خاصة إذا كان الوزن أقل من المتوقع بنسبة 40%) مع الراحة التامة حتى يزداد الوزن، إلى جانب المعالجة النفسية لمدة طويلة قد تصل إلى 3 سنوات، والمعالجة الأسرية، والمعالجة السلوكية بتقديم مكافأة مناسبة كلما تحسن الوزن مع

نظام الأكل الجيد، والمعالجة بالأدوية من مضادات الاكتئاب أو مضادات القلق.

2ـ النهام bulimia

يتميز النهام بنوبات من كثرة الأكل في فترة قصيرة، خاصة للمواد الكربوهيدراتية. ويتبع ذلك التقيؤ الإرادي للمحافظة على الوزن. كما قد يتبع هذا الاضطراب القهم العصابي، أو يتبادل معه في الحدوث.ويحدث المرض عادة في الفتيات المراهقات ولكن في سن أكبر من القهم العُصابي.

أعراض النهام:

1- نوبات متكررة من الأكل بكميات كبيرة، خاصة المواد العالية الكالوري في فترة قصيرة مع الإحساس بفقدان السيطرة على التوقف عن الأكل.

2- تكرار التقيؤ الإرادي عقب نوبات الأكل بشراهة، وذلك للحفاظ على الوزن وخوفًا من السمنة.

3- كثرة الانشغال بالوزن ونظام الأكل، مع الرغبة في تحاشي السمنة بأي وسيلة.

4- تعاطي المسهلات أو مدرات البول أو الأدوية التي تقلل الشهية للطعام أو خلاصة الغدة الدرقية، أو فترات امتناعٍ كاملٍ عن الطعام بغرض الحفاظ على الوزن.

5- الوزن عادة طبيعي، أو أقل أو أكثر من الوزن الطبيعي بدرجة طفيفة لا تستدعي كل هذا القلق. ولكن مع حدوث الأكل بشراهة أو التحديد الصارم في نظام الأكل قد يتبع ذلك زيادة أو نقصان في الوزن.

6- نتيجة للقيء المستمر يحدث اضطراب في توازن سوائل الجسم، كما قد تحدث مضاعفات جسمية (وَهن، نوبات صرع، ضعف عضلات، اضطرابات ضربات القلب) مع حدوث نقصان الوزن الشديد.

7- المزاج مكتئب مع انخفاض تقدير الذات.

8- الخوف من عدم السيطرة على الأكل مع الاعتقاد بأن نمط الأكل غير طبيعي.

يحدث الاضطراب عادة في مرحلة المراهقة المتأخرة أو في أوائل مرحلة النضج بين الفتيات، وكثيرًا ما يسبق هذا الاضطراب حدوث القهم أو فقد الشهية العصبي **anorexia nervosa**.

الأسباب: يعتبر النهام نابعًا من القهم العصابي، وقد تتناوب صور كل منهما مع الآخر، وعلى هذا لا تتداخل الأسباب بينهما.

التشخيص التفريقي: أورام الوطاء **hypothalamus**، متلازمة كلاين– ليفين.

تطور المرض: يأخذ المرض عادة صورة مزمنة مع بعض التقلبات على مدى سنوات، وقد تتسبب أزمات الحياة في حدوث النوبات.

المعالجة:

نظرًا لوجود الاكتئاب فإن المريض قد يحتاج دواءً مضادًا للاكتئاب. ومن المعتاد علاج المرضى خارج المستشفى باستخدام المعالجة المعرفية السلوكية، بغرض أن يكتسب المريض السيطرة والإرادة على أكله، مع حل مشاكله النفسية التي تؤدي إلى حدوث الاضطراب.

3ـ **القَطَا** (**الوحم أو اشتهاء الغرائب**) **Pica**

القطا أو الوحم: وهو أكل مواد ليس لها قيمة غذائية أو عديمة الكالوري وغير مألوفة مثل الخشب أو السجاد أو الخيوط أو القماش، بالإضافة إلى أكل الغذاء العادي في وجبات الطعام.

عادة ما يحدث هذا الاضطراب بين الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة، كما قد يحدث في حالات الذاتوية autism الطفلية، أو حالات الفُصام.

ويتوقف العلاج على دراسة كل حالة على حدة لمعرفة ظروفها وسببها، لإعطاء العلاج المناسب.

المعالجة النفسية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي
الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد شعلان
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

يمكن اعتبار المعالجة النفسية صداقة مقابل أجر. بل كان هذا هو عنوان للكاتب سكوفيلد لكتابه عن العلاج النفسي وصفات المعالج. فهو في المقام الأول مهارة تقوم على صفة شخصية يتصف بها المعالج أكثر مما هي معلومات تقوم على نظرية أو مدرسة. فقد أوضح أن الصفات التي يتحلى بها المعالج النفسي الفعال ذو الخبرة الثرية هي صفات مشتركة مع أقرانه من المعالجين أكثر مما هو الحال بين المعالجين المختلفين في الخبرة والعمر وإن انتموا إلى نفس المدرسة النظرية. لهذا فيمكن القول بإن كل علاقة بين أحد العاملين في الرعاية الصحية ومريضه فيها لمسة من المعالجة النفسية سواء كانت معتمدة أو تلقائية. بل إن كل علاقة بين صاحبين فيها من عناصر العلاج النفسي مما يجعلها تؤدي تلك الوظيفة. إذاً فإن كل شيخ (طريقة) أو واعظ أو معلم أو كبير عائلة أو صديق لابد وأن

يمتلك بعض صفات المعالج النفسي وإن لم تكن معتمدة. وهو لذلك له تراث يمتد إلى قديم العصور قبل أن يتخذ شكل العلم القائم على إطار نظري أو تجريبي.

إلا أن هذا لا يعني أن المعالجة النفسية ليست بعلم ومهارة وتأهيل شخصي للمعالج، وفق أصول ومعايير ونظريات وطرق للتدريب تمكن من اكتسابه. وإذا كان علم النفس له الفضل في الجانب التجريبي في نشأة علم المعالجة النفسية الحديث، فإن الطب لكونه المهنة المساعدة التي تتعامل مع الألم بشتى أشكاله، له الفضل في نمو المعالجة النفسية كمهنة. ولذا فإن فرويد وما أسسه من نظريات ومهارات في التحليل النفسي هو الذي يتبادر إلى الذهن عندما تأتي الإشارة إلى العلاج النفسي. إلا أنه في ذات الوقت كان التجريبيون، سواء من داخل العلوم الطبية مثل بافلوف، أو من مختبرات علم النفس التجريبي، يضعون الأسس والآليات لتغيير السلوك والمطلوبة في العلاج النفسي

(علاوة على التطبيقات الأخرى لعلم النفس مثل التربية والتعليم والإدارة. وهي مجالات لم تتوان مدرسة التحليل النفسي بالإدلاء بدلوها فيها).

أي أن المعالجة النفسية كعلم بدأت في نهاية القرن التاسع عشر بتيارين رئيسيين يمكن إيجازهما بأن أحدهما يسعى إلى تغيير النفس من الداخل والثاني يبدأ بتغييرها من الخارج. أو كما عبر عنها الفيلسوف وعالم النفس وليام جيمز **Wiliam James** في صياغة تساؤل: هل

نضحك فنسعد، أم نسعد فنضحك؟ فكانا تيارين يبدوان متعارضين أو متنافسين، وكأن المسألة مسألة مذهب أو عقيدة وليست مسألة علم. وليس في الأمر ما يدعو للعجب. فإن هذا الاختلاف قديم منذ أن نشأت الثقافة الإنسانية في توجهها إلى السعي لإصلاح النفس. ولاسيما هذا الجانب من الثقافة الذي كان يدعو ويبشر بالإصلاح، وتعول المعالجة النفسية أهمية كبيرة على الأديان بكافة أنواعها. لدرجة أن عالم النفس أبراهام ماسلو صنف الأديان، لا حسب أسسها العقائدية وشرائعها وشعائرها، ولكن على أساس ما تقدمه من التوجيه النفسي. فكل الأديان، بدرجات متفاوتة، فيها الجانب التربوي الذي يعتمد على تربية الحالة الداخلية مثل النية والوعي والإيمان، والجانب العملي الذي يعتمد على إبراز الأعمال الصالحة واتباع الشرائع والشعائر. والإسلام بالتحديد تكثر فيه الإشارة إلى الذين آمنوا وعملوا الصالحات.

ويحكي أن لقاءً حدث مرة ولم يتكرر بين اثنين من حكماء الصين القدامى وهما كونفوشيوس ولاوتسو، لم يتمكنا فيه من التواصل أو التعاون؛ فقد كان الأول غزيرًا في مواعظه، ومحددًا في تعليماته، بينما كان الثاني يتجنب الموعظة والدعوة إلى سلوكيات محددة ويكتفي بالتأمل والتعبد؛ الأمر الذي جعله يهجر حياة المدينة ليتعبد وحده في الجبال. ولولا أن حارس المدينة منعه من الهجرة ما لم يكتب حكمته في (كتاب الطريق أو الداو دي تشينج Tao te ching) لما بقي لنا من تراثه شيء مكتوب.

وفي التراث الإسلامي نجد مثل هذا التنوع متجسدًا لدى أصحاب علوم الدين (مثل الفقه والشريعة والتفسير وغير ذلك)، وأصحاب الاتجاهات الصوفية والذين يمكن أن يتمثل موقفهم في وصف الرسول صلى الله عليه وسلم، بأن الجهاد الأكبر هو الخطوة التالية والأصعب من الجهاد الأصغر. وكان يعني بالأصغر القتال ضد أعداء الرسالة والأكبر جهاد النفس أو في قول الإمام على – رضي الله عنه – أن من عرف نفسه عرف ربه.

ولعل الاختلاف بين التيارين في علم النفس والمعالجة النفسية أقرب ما يكون إلى اختلاف التكوين النفسي سواء للمعالج أم لمن يلتمس المعالجة. إلا أنه في نفس الوقت الذي بدأ هذا الاختلاف يأخذ شكل التسابق على من منهما يملك الحقيقة العلمية الواضحة الموضوعية بدأت تظهر بوادر للتوحيد بينهما، خافتة الصوت ولكن مثابرة ومتنامية في استمرارها. بدأها من جانب أحد أعوان فرويد المقربين وهو كارل جوستاف يونج؛ وتيار آخر إنساني التوجه وله منابع في الفلسفة الوجودية بدأه صديق لفرويد أبقى على اختلافه دون أن يدخل في خلاف معه، وهو لودفيج بينسفانجر، كان يونج يرى أهمية أن يسعى الإنسان نحو التفرد (أو التوحيد بين الأضداد المتناقضة). وأن الإنسان أعقد من أن يفسر بواسطة القوانين المادية الميكانيكية التي كانت تشكل الأساس النظري العلمي التي قامت عليها كل من المدرستين المتعارضتين– التحليلية والسلوكية. فالإنسان بعد أن يشبع غرائزه (الجنسية أساسًا لدى الشباب والعدوانية أساسًا لدى الكبار) يصل في رشده أزمة

منتصف العمر حيث تكون قضيته الرئيسية هي البحث عن هدف ومعنى لحياته؛ بعبارة أخرى يسعى إلى إشباع الجانب الروحي من خلال البحث عن دين. كما كانت له نقطة لقاء مع التيار الوجودي الذي بدأ ببيسنفانجر وهي أن التعامل مع الإنسان، ولو في إطار علاقة أدوار (الطبيب والمريض) لا يمكن فهمها من خلال الأدوار فقط وممارسة آليات مهما بدت علمية. فالعبرة في العلاقة العلاجية هي بالقدرة التي تنتقل فيها العلاقة من الدور إلى الحقيقة؛ أي بالقدر الذي يصبح المعالج فيها إنسانًا شفافًا صادقًا في تفاعله مع المريض، يؤثر فيه ويتأثر به.

كانت هذه هي البوادر إلا أنها لم تتخذ شكل التيار الجارف إلا في بداية منتصف القرن العشرين، حيث التقت في أساسياتها حول ما عرف بالتيار الإنساني الوجودي أو القوة الثالثة (باعتبار أن التيارين السابقين يشكلان القوة الأولى والثانية، وهما التياران التحليلي والسلوكي).

ومثل أي تيار فكري أو علمي فإن هذا التيار الثالث لم يتوقف عن التطور، والاستمرار لينشئ ما يعرف الآن بالتيار الرابع وهو الذي يكاد يعود، مارًا بالعلوم الحديثة، إلى التراث القديم الذي أتى به الأنبياء والحكماء. فهذا اللقاء بين العلم الحديث والتراث القديم يحدث في بوتقة تفاعل متبادل في الأوساط العلمية الغربية، وينتج عنه توحيد في الفكر يزيل آخر فجوة في الثنائية الفكرية لدى الإنسان بعد أن أزال أينشتاين الفجوة التي فرقت بين المادة والطاقة، ألا وهي الفجوة بين الذات

والموضوع، أو بين الوعي والواقع، أو بين الروح والجسد. بدأها علماء الطبيعة من الجيل الذي خلف أينشتاين ورفاقه. وواكبتها قلة مثابرة من علماء النفس حرصت على الأخذ بها وتطبيقها.

إن الملفت للنظر هو أن علماء النفس، وخاصة أطباء النفس مازالوا وهم يلهثون للحاق بركب العلم، ينظرون إلى مثل هذا التصور بعين من الريبة. إذ أن الاكتشافات الحديثة التي حدثت من خلال تطور العلوم الطبية العصبية جعلتهم يظنون، كما ظن الذين سبقهم من قبل، أنهم على شفا اختزال الإنسان إلى مجموعة من التفاعلات البيولوجية التي يمكن رصدها بدقة وبالتالي التحكم فيها.

ونشأ في الطب النفسي ما يعرف بالموجة الكريبيلينية الجديدة؛ وهي التي تسعى إلى الوصف الدقيق للأعراض وتصنيفها إلى أمراض، كل منهما له شفاء في دواء يصنعه الإنسان مستفيدًا من التكنولوجيا الحديثة في تركيب المواد الكيميائية والفيزلوجية المؤثرة على الوعي. ومن هنا بدأ إهمال تدريس العلاج النفسي في كليات الطب، بل وفي مقررات الطب النفسي ذاته. ووجد علماء النفس والخدمة الاجتماعية وغيرهم من علماء السلوك الإنساني دورًا مهمًا لهم في استعادة المبادرة في التخصص في العلاج النفسي. إلا أنه من حسن الطالع أن الأطباء بدأوا يفطنون إلى أهمية العوامل النفسية في تسبيب، وبالتالي علاج الأمراض العضوية. ولم يقف الأمر عند تلك الأمراض التي كانت تصنف تحت عنوان الأمراض النفسية الجسمية **psychosomatic**، بل أخذت تنتشر لتشمل كل

الأمراض التي يكون بجهاز المناعة دور في مقاومتها أو شفائها. فشملت أمراضًا معدية كان اليقين فيها أن السبب هو جرثومة أو فيروسة، وأمراضًا كان للجهاز المناعي دور رئيسي فيها (مثل أمراض الحساسية)، وأمراضًا عضوية المظهر وإن لم تكن أحادية السبب مثل السرطان. وابتدعت طرق نفسية لعلاج السرطان بل وشفائه تمامًا. ومن الطريف أن بعض الكتب التي ضربت الرقم القياسي في التوزيع كانت مواضيعها نفسية، ولكن مؤلفيها من تخصصات غير نفسية، مثل الجراحة وأمراض النساء.

لذلك استمر حجم المقررات في العلوم السلوكية والطب النفسي في كليات الطب بالولايات المتحدة بالازدياد حتى أصبح يأخذ حوالي خُمس إلى رُبع المقررات.

مدارس وآليات

المعالج النفسي الجيد يمارس المعالجة من واقع خبرته وعلمه، ولكنه في أغلب الأحوال يبدأ بإجادة مدرسة لها إطار نظري وآليات تنبع منه. والمدارس عديدة ومختلفة ويصعب عرضها، ولذا سوف نعرض التيارات العامة التي يمكن أن تندرج تحتها المدارس.

هناك تيار التحليل النفسي والتفرغات التي نجمت عنه. والخط العام الذي يجمعها يبنى على توجيه أساسي وهو النظر إلى الداخل

والتبصر الذي يوسع دائرة الوعي، فيتبعه التغيير في المواقف والسلوكيات.

وتقوم النظرية على أساس أن ما يحرك الوعي عبارة عن دوافع غريزية لا شعورية؛ فتتأثر بالبيئة، خاصة في الطفولة المبكرة. فتتكون عقد نفسية تتحكم في وعي الفرد وسلوكه؛ الأمر الذي يتطلب استعادة هذه الخبرات والاستبصار بتأثيرها بما يمكن الفرد من التحرر منها، إنها عملية فيها تفريغ لشحنات انفعالية مكبوتة، ولكن التفاصيل أعقد وأعمق من مجرد ذلك.

الغرائز التي افترضها فرويد هي الجنس والعدوان. إلا أنه طورها بعد ذلك إلى غرائز الحياة في مواجهة الموت. فهي ظاهرة منذ الولادة، تتواجد معًا في تناقض وجداني. أي أن الطفل الوليد يحب ويكره نفس الشخص في نفس الوقت. فأمه التي ترضعه وتحمله هي أيضًا أمه التي تحرمه من الرضاعة وتغيب عنه ولا تحمله.

ويمر الطفل في تعامله مع غرائزه بمراحل **stages** . ففي السنة الأولى يتركز تعامل الطفل مع العامل الخارجي، ويبدأ تعامله مع أمه، بواسطة فمه. ولذا أطلق على هذه المرحلة المرحلة الفموية **oral stage**؛ وتستغرق العام الأول من عمره. فهو يستدمج الخبرات ويتعامل مع أمه (والعالم المحيط) بفمه أساسًا، كما يستخدم آليات نفسية مثل الثفارق (الانشقاق) ليعزل صورة الأم الجيدة عن الأم البغيضة والإسقاط ليعزل نزعاته الجيدة عن الشريرة، كما أنه يتعامل مع الموضوع

(أمه) على أساس أنها مجرد امتداد له. فهو لا يعرف حدود ذاته ولا يميز بين الذات والموضوع.

أما المرحلة الثانية، والتي سميت المرحلة الشرجية **anal stage** ، فتستمر حتى منتصف العام الثالث من عمره. ويبدأ في التمييز الجزئي بين الذات والموضوع. فهو لم يستقل تمامًا عن أمه ولكنه يسعى إلى ذلك. ويتم هذا عند إمكانه التحكم في عضلاته الإرادية؛ أي باكتساب القدرة على المشي والكلام وأخيرًا التحكم بالتبول والتبرز.

ثم تأتي المرحلة الثالثة التي تمتد إلى السنة السادسة والمسماة بالمرحلة القضيبية **phallic stage** ، حيث يحقق الاستقلال. وتسمى أيضًا المرحلة الأوديبية؛ أي عندما يتعرف على الفروق الجنسية ويبدأ الطفل الذكر في التنافس مع أبيه حول الاستحواذ على أمه (عقدة أوديب)، والطفلة تزيح مشاعرها تجاه أمها وترتبط بأبيها (عقدة إلكترا).

بعد ذلك يكتشف الطفل خيالية رغباته فيكبتها ليدخل مرحلة الكمون أو الخفاء **latent stage**.

ويبدأ الطفل في التوحد مع أبيه والطفلة الأنثى بالتوحد مع أمها. وتستمر هذه المرحلة إلى سن البلوغ. وتعود التخيلات الأوديبية، ولكن إدراكه للواقع يجعله يبحث عن فرد من الجنس الآخر من جيله. وتسمى بالمرحلة التناسلية **genital stage**.

ويقف فرلويد عند ذلك. ولكن إريكسون يطور النظرية لتغطي عمر الإنسان كله. كما يطور فيها بما يقلل من شأن العامل الجنسي البيولوجي. إذ يعطي إريكسون دورًا أكبر للعواكل النفسية الاجتماعية. ولذا يسمى المراحل بأسماء تصف التحدي الذي يواجه الطفل إبان تعامله مع الموضوع الذي يأخذ في الحسبان الأسرة والمجتمع. فالمراحل عنده ثمانية هي **1**– الأمان **2**– الاستقلال **3**– المبادرة **4**– المثابرة **5**– الهوية **6**– الألفة **7**– الإنجاب **8**– التكامل. فيربط بين الغرائز والبيئة الاجتماعية والثقافة السائدة.

ويأتي تطوير إريكسون بالتواكب مع توجه التحليل النفسي عمومًا إلى الذات في تعاملها مع البيئة. وهي مساهمات بدأت منذ نشأة التحليل النفسي، وحتى انشقاق مجموعات عن التيار السائد في التحليل النفسي في اتجاه الاهتمام بالبيئة والثقافة: منهم كارلون هورني وسوليفان وإريك فروم، رغم أن جذور الانشقاقات بدأت منذ أيام فرويد بدءًا بأدلر ثم يونج ثم رانك ورايخ وغيرهم. ومن أهم الإضافات موازنة انحياز فرويد للذكورة، (فقد نشأ في جو أبوي يعلي من شأن الذكور بما جعل من قضيب الطفل الذكر ميزة بيولوجية تؤدي إلى حسد القضيب والخوف من الخصاء، بأن الأصل في الحسد يبدأ قبل هذه المرحلة.

بناءً على هذه النظرية وتفرعاها وتطوراها، تطورت أيضًا آليات المعالجة إذ بعد ما كانت العملية العلاجية تستغرق وقتًا طويلًا، وتغوص في الأعماق لاستعادة خبرات الماضي المؤلمة أي سيكولوجية الغرائز أو الهو

أو الهِيَ، صار الاهتمام بما عرف بسيكولوجية الذات، أي الاهتمام بالأنا وكيفية تعامل الذات مع الواقع. وزادت إيجابية المعالج وتدخلاته بدلًا من الإنصات الطويل لما كان يعرف بالتداعي الطليق (الحر) وتفسير الأحلام. وازداد التطور بما جعل المعالج يتفاعل مع من يعالجه بواسطة العلاقة الإنسانية التي تجعل من المعالج إنسانًا يتأثر وبالتالي يؤثر في من يعالجه. وهي جذور التيار الوجودي الإنساني.

كما جرى التطوير في المعالجة النفسية التحليلية بتوسيع مجالات تطبيقه مع التعديلات اللازمة في الأسلوب. إذ بعد أن كان قاصرًا على حالات العُصَاب في الراشدين وفي إطار فردي، طبقه ووزن على الذهانيين، كما طبقته أنَّا فرويد وكذلك ميلاني كلاين على الأطفال واستخدمه بيون مع الجماعات.

وأدخلت تعديلات في الأهداف بما مكن من استخدامه للعلاج المساند والعلاج المختصر والطوارئ.

ومن المنطق العكسي، أي البداية من السلوك الخارجي والأعراض الظاهرة نشأ التيار الآخر:

المعالجة السلوكية. وكانت نشأتها في البداية في مختبرات علم النفس منذ أن بدأ بافلوف تجاربه العلمية على الحيوانات وكيفية تعديل الاستجابات في مجالات التفاعلات الانعكاسية. ثم طورت التجارب عند واطسون وسكينر وغيرهما لتكوين نظرية التعلم وإمكانية تطبيقها في مجال

العلاج. إلا أنه حتى الآن لم يمكن تطبيقه في أغلب المجالات. ويمكن القول بأنه حقق نجاحًا لا بأس به مع الأطفال المعوقين (مثل حالات الذاتوية والتخلف العقلي واضطرابات الانتباه) وكذلك في إزالة بعض الأعراض العصابية مثل الرُهاب والقلق وبعض الأعراض الوسواسية والإدمان وغيرها. كما أمكن استخدامه في تعديل سلوك الجماعات مثل المسجونين ونزلاء المستشفيات الذين يحتاجون إلى إعادة تعلم بعض السلوكيات الكيفية من أجل إتباع نظم وعادات جديدة تساعدهم على التكيف. والمفترض في كل الأحوال أن التأكيد على تغيير السلوك الخارجي سوف يتبعه تغيير في الفكر والانفعال.

ولذلك نشأت مدارس أخرى في العلاج تشبه المدخل السلوكي في البدء بالخارج وتعتمد التغيير في الوعي (الفكر أو الوجدان أو كلاهما) على أساس أن البقية سوف تتبع. ومن أهم هذه المدارس: العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي الانفعالي، والعلاج بالواقع. أغلبها يشترك في الاهتمام بتغيير أفكار الفرد ومواقفه تجاه ذاته والعالم الخارجي بما يؤدي إلى تغيير في الوجدان والسلوك. فالفرد المكتئب مثلًا يتميز بأنه يعيش على افتراض منظومات فكرية تجعله يرى نفسه والواقع المحيط بشكل يدعم وينمي مزاجه المكتئب. والمعالج عليه في هذه الحالات أن يدرب من يعالجه على اكتساب منظومات فكرية جديدة تؤدي إلى تغييرات في وجدانه وسلوكه.

يأتي هنا التساؤل عن كيفية الجمع بين هذه المدارس والتيارات التي تبدو متناقضة أو متصارعة؟ هنا يأتي دور التيار الإنساني الوجودي أو القوة الثالثة. فيما يبدو أن ظهور هذا التيار في هذا الوقت لم يأت من فراغ، ولكن غالبًا كاستجابة لمناخ حضاري بدأ يشك في صحة القيم التي تبالغ في إعلاء قيمة التحكم بالعقل في المشاعر والتلقائية. فالتحليل النفسي يبدو وكأنه تشريح بارد لمشاعر إنسانية متدفقة. والسلوكية تبدو وكأنها ميكنة للإنسان، ولكن كلاهما يلقي بعض الضوء على جانب من الحقيقة. ولذا لم يأت التيار الثالث رافضًا لما سبقه، ولكن مكملًا ومطورًا وجامعًا للمتناقضات. فليس هناك اعتراض على الضحك كخطوة نحو السعادة، ولكن لا يجب أن يعني ذلك أن الإنسان الذي لا يسعد لا يضحك. كما يعني أن الضحك المعتمد كآلية علاجية غير فعال، ولكن هناك حاجة لأن يعي الفرد أن هناك في وعيه ما يستحق الضحك والسعادة. هكذا بدأ رد فعل المدرسة الجشطالطية **Gestaltic** في العلاج كما وضع أسسها فريدريك بيرلز: أن إبدأ بالضحك وأطلق العنان للمشاعر، وسوف تأتي البصيرة والتفسير من داخلك دون حاجة إلى معالج. إلا أن أصحاب مدرسة التحليل التفاعلي **reactive analysis** الذين كانوا ضمن التيار الثالث؛ أضافوا أن لا مانع من محاولة للفهم بالتفسير بما يجعل استعادة الخبرة المؤدية إلى السعادة عن طريق استدعائها إلى العقل. وكذلك أسهم كارل روجرز بإبراز أهمية أن تكون المعالجة متمركزة حول من يعالج، دون أن تكون متأثرة بمواقف أو

آراء المعالج. بينما كان إيريك فروم يتوجه إلى قضايا ثقافية وسياسية واجتماعية وفلسفية عامة.

ومن هذا التوسيع لدائرة الوعي عن طريق ربط ما هو عقلاني بما هو انفعالي. وما هو تحليلي بما هو سلوكي، وما هو فردي بما هو اجتماعي، بدأت حواجز الثنائية التي كانت تبحث عن أسبقية الوعي أم السلوك؟ الفكر أم العقل؟ وبدأت النظرة إلى النظرة إلى الإنسان تتسع دائرتها بل تسابق الطب العام في اتجاه التعامل مع الإنسان ككل، لا كجمع حسابي لعدة وظائف متفرقة. وترتب على ذلك بحث في التراث الطبي القديم لمعرفة كيف كان الإنسان يتغلب على الأمراض قبل مرحلة التكنولوجيا الدوائية المعاصرة، وازدهرت الدعوة إلى الطب البديل والعودة إلى استخدام هبات الطبيعة سواء كانت نباتات وأعشاب أو كانت تدريبات روحية (مثل التأمل والتعبد بأشكاله المختلفة والتي قد تأخذ شكل رياضة اليوجا أو حلقات الذكر الصوفية، بل بعض الممارسات الشعبية التي لا علاقة لها بالتعبد). واستمرت الدراسات الجادة لهذه الظواهر، ووجدت مساندة علمية من جانب علماء الفيزياء الحديثة وما وصلوا إليه من رؤية توحيدية للكون؛ وهي باختصار أنه لو لم يمكن هناك إله فهناك ضرورة علمية، لأن نفترض وجوده حتى يمكننا تفسير ظواهر الطبيعة.

هكذا ولد التيار الرابع، والذي اتخذ لنفسه اسم علم النفس عبر الشخصية؛ وما ترتب عليه من تطبيقات علاجية. وما هو إلا عودة (لا

نكسة، إذ هي قد عبرت من خلال العلم ولم تقفز فوقه أو تزحف تحته) إلى التراث القديم الذي اجتمع حوله المتصوفون من كافة الأديان.

يتلخص موقف هذا التيار في التطبيق العلاجي في أن: المعالج الحكيم ليس من يعد بالشفاء ولكن من يستطيع أن يشارك ويعاون المريض على تحمل الألم وتحويله إلى حال مقبول، والألم ضروري لمعرفة قيمة البهجة، فلا سعادة بلا شقاء ولا حلاوة بلا نار.

أشكال وإطارات

المعالجة كما اعتدناها من النموذج الطبي بين معالج ومريض. ولكن النفس البشرية علمتنا أن حدود الذات لا علاقة لها بحدود الجلد الذي يحوي جسد الإنسان. بل إن الطب العضوي ذاته بدأ يتخلى عن هذه النظرة بأن يأخذ في الاعتبار العوامل البيئية سواء المادية أو الاجتماعية.

ولعل أول ما يتبادر إلى الذهن كعلاقة بين الفرد (الراشد) والآخر هو العلاقة الزوجية. ولذا نشأت فكرة المعالجة مع الزوج (والزوج مذكر ومؤنث) عندما صارت الصراعات الزوجية هي الأصل في المرض، بينما الأعراض ليست إلا المظهر الخارجي. وأن ما من زوج يتألم إلا وكان لزوجه دور، سواء في تسبيب الألم أو تخفيفه. فصار الشكل الأمثل للعلاج في مثل هذه الأحوال هو أن يشترك الزوجان في الجلسة

الواحدة دائمًا أو غالبًا أو أحيانًا. أو ربما يتم العلاج بواسطة اثنين من المعالجين كل على حدة أو بالتعاون بينهما. والعلاج مع الزوج يكاد يكون ضرورة في حالة الاضطرابات في العلاقة الجنسية.

في المقابل فإن العلاقة الحميمة التي تقترب من علاقة الزواج هي علاقة أفراد الأسرة الواحدة. ومن هنا نشأ العلاج مع الأسرة. وفي مجتمعاتنا الشرقية على الأخص تكتسب قيمة الانتماء إلى أسرة الأصل (بالمقارنة مع أسرة الإنجاب) مكانة عالية في التأثير على حياة الفرد، فالأبناء، والبنات بوجه خاص، يبقون على علاقة ولاء شديد مع أبويهما حتى بعد الزواج والإنجاب. وبالتالي نستطيع أن نقول إن العلاج مع الأسرة يكاد يفرض نفسه كواقع في مجتمعاتنا، رغم غياب التدريب عليه كتخصص. كما أن العلاج مع الأسرة يكاد يكون المعالجة الوحيدة الممكنة لمعالجة الأطفال. بل كثيرًا ما نجد الطفل الذي يقدم للعلاج هو المعاون الأول للمعالج في تشخيص وعلاج الأمراض التي تصيب الأسرة.

ويمكن في حالتي المعالجة مع الزوج والمعالجة مع الأسرة أن تتم المعالجة، في إطار جلسة جماعية تتكون من أكثر من زوج أو أكثر من أسرة، فتكون معالجة جماعية.

وهنا نأتي إلى دور المعالجة النفسية الجماعية. فقد انتشرت المعالجة النفسية في الآونة الأخيرة وكادت، في كثير من الحالات أن تحل محل المعالجة الفردية أو تتواكب معها أو تكملها، رغم بدايتها المتواضعة كنتائج لمحاولة من اختصاصي بالأمراض الصدرية (مرض السل بالتحديد)

وهو برات، بأن كان يجمع المرضى ليناقش أمور علاجهم، فلاحظ تحسنًا في حالاتهم النفسية، إن الفضل في المناقشة التحليلية يرجع إلى بيون حيث كان يتعامل مع الأعداد الكبيرة من المرضى المتأثرين بالكرب الناتج عن اشتراكهم في الحرب (العالمية). فكانت الضرورة تحتم عليه أن يلقي بهم كجماعة. وكان، كمحلل نفسي، يميل إلى دور المستمع مع الحد الأدنى من التدخل. واكتشف أن الجماعات لابد لها وأن تمر بأطوار متتالية. فتبدأ عادة بعلاقة اتكالية حيث ينتظر الجميع من القائد أن يملي عليهم ما يجب أن يفعلوا. ثم تأتي مرحلة القتال والهروب (الكر والفر) حيث يتصارع أعضاء المجموعة على القيادة. وأخيرًا تأتي مرحلة التزاوج حيث تنقسم الجماعة الكبيرة إلى ثنائيات أو جماعات صغيرة. وهي كلها مراحل لها جوانبها السلبية والإيجابية. كما أن المجموعة ككل تنصهر وتصبح مجموعة حيث يكون العمل هو الهدف المشترك الذي يلتف حوله الجميع. إلا أن هناك شدًا (مرضيًا) يجذب المجموعة إلى السعي لإشباع احتياجات (عاجلة) لا شعورية. وهي ما يصفها بيون بالافتراضات الأساسية.

وفي مواجهة هذا الاتجاه للتعامل مع المجموعة ككل ظهرت اتجاهات أخرى تدعو إلى التعامل مع الفرد في المجموعة، فيتعمق التفاعل مع الفرد على حساب المساواة في توزيع الاهتمام، ولكن المشاركين بالمساهمة يشتركون ويتفاعلون بوجدانهم فتعم الفائدة رغم أن الاهتمام كان منصبًا على فرد.

وبالتوازي ظهر المسرح النفسي الذي أبدع في وضع أسسه مورينو. فالمريض يجد يسرًا في التعبير عما يخجل منه إذا ما طلب منه أن يرتجل مسرحية وأدوار تعكس، بإرادته أو بدونها، مشاكله الخاصة، ويستفيد المشاركون في الأدوار (وهم عادة من المرضى الذين اكتسبوا خبرة في هذا المجال فأصبحوا بمثابة المعالج المساعد). وقد طبق مورينو هذا الأسلوب على مساحة واسعة تشمل أمراضًا مختلفة، وتتسع لأعداد كبيرة، بل وفي مجالات خارج مفهوم المعالجة مثل التعليم والتطوير الإداري وحل الصراعات.

أما العلاج البيئي، وهو يعتبر من امتدادات العلاج النفسي، فقد قام على برمجة البيئة التي يعيش فيها المرضى لتشمل نشاطات مختلفة يشارك في وضعها وتنفيذها المرضى، فيكتسبون المهارات الاجتماعية والنفسية التي تؤهلهم للشفاء.

وهنا يجب الإشارة إلى الوسائل المعاونة للمعالجة النفسية، مثل استخدام الرسم والنحت والموسيقى والغناء وغير ذلك من الفنون بما يعاونون به المعالجة النفسية بل ربما يصبح بديلًا لها. وكذلك المعالجة بالنشاط والعمل والتأهيل المهني. فالنشاط البدني من حيث المبدأ له آثار نفسية وفيزلوجية تؤدي إلى الاسترخاء بل إلى توسيع دائرة الوعي والوصول إلى مراتب من الوجد الصوفي.

وقد ابتدعت وسائل معاونة للتعجيل بمثل هذا التطور النفسي وتحويل ما كان يبدو أنه خبرة ذهانية إلى خبرة صوفية. من هذه الوسائل

استخدام أجهزة خاصة كالارتجاع البيولوجي **biofeedback**. ومن أهمها جهاز مرآة المخ الذي يعاون الفرد على الارتقاء بحالة وعيه إلى مراتب عليا، وقد يستخدم كتطوير أو تنمية للنفس فيما بعد المعالجة، أو قد يدمج ضمن المعالجة بأن يسبقها أو يصاحبها، ولذا اخترنا تسمية تجمع مفهومي التصوف والاستعانة بالتكنولوجيا الإلكترونية الحديثة: الصوفيترونيا.

التدريب

تعتبر المعالجة النفسية مهارة تستخدم فيها كأداة أساسية شخصية المعالج. فهي أقرب إلى الفن منها للعلم، ولذا لابد أن يكون الأساس في التدريب أن عليه أن يؤدي إلى إصلاح شخصية المعالج نفسه. ويقوم على معايشة المعالج لدور المريض ويكتسب بذلك خبرة ذاتية. وقد كان التحليل النفسي يتطلب مرور المعالج بخبرة المعالجة مع محلل نفسي مدرب قد تستمر أعوامًا طويلة وتتكلف الكثير.

ويتلو ذلك في الأهمية، وإن من الممكن أن يواكبه، اكتساب المهارات العلاجية بأن يقوم المعالج بتحليل حالتين على الأقل تحت إشراف معالج مدرب. أي أن يكون التدريب عمليًا بالممارسة.

ويتواكب مع هذا اشتراكه في حلقات دراسية يكتسب فيها الأساس النظري، سواء كان توجهه عمليًا بأن يتعلم آليات المعالجة أو نظريًا عامًا يبلور مفهومًا متكاملًا للنفس البشرية.

إلا أن هذا المنهج في التدريب كان مكلفًا ويستغرق وقتًا طويلًا. وبالتجربة، وبعد تفنيد الكثير من الأسس النظرية للتحليل النفسي، وجد أنه من الممكن أن يختصر التدريب بأن يكون الانتقاء في البداية لشخصية المعالج آخذين في الاعتبار الصفات المطلوبة أصلًا في المعالج الجيد، كأن يكون محبًا دافئًا، قادرًا على الاستبصار، يميل إلى تطوير نفسه والاستبصار بها، مجيدًا للإنصات، وقادرًا على التعاطف ومشاركة الغير آلامهم، مرن في شخصيته بما يجعله دائم التطوير لها وإصلاحها، قادرًا على النكوص، يولد شخصيته ويعيد ميلادها بيسر، وغير ذلك من صفات. كما وجد أن التدريب في إطار علاجي جماعي يحقق أكثر من هدف: فهو ليس مجرد أقل تكلفة، ولكنه يعطي للمشارك فرصة تبادل الأدوار في عملية واحدة: فهو معالج مريض طالب مُتعلم معًا. وهو مشارك معايش ملاحظ مشاهد معًا. فالجماعة تيسر تصعيد التعبير اللفظي واللالفظي عن المشاعر وتعجل بظهورها. وهي بالمسرح النفسي وغير ذلك من آليات يصعب اكتسابها في الإطار الفردي.

ختامًا فإن أهمية العوامل الثقافية في تكوين الشخصية تتطلب أن يكون التدريب باللغة الوطنية ومع أفراد لهم جذور ثقافية مشتركة. وهو الأمر الذي يعجل بضرورة إيجاد معهد عربي للمعالجة النفسية (والعلاقات

الإنسانية بصفة عامة). ويفضل أن يكتسب المعالج النفسي خبرات في تطبيق قدراته على التأثير على وعي الإنسان وسلوكه في مجالات غير علاجية. فمن جانب هناك ما هو بمثابة معالجة الأسوياء، أو ما بعد المعالجة، والتي تهدف إلى الارتقاء بالنفس البشرية المتطورة. فالصحة، كما اتفقت عليها منظمة الصحة العالمية، ليست مجرد غياب المرض، ولكنها تتجاوز ذلك لتجعل الإنسان أقدر على تنمية قدراته والتعبير عنها بصورة تحقق ذاته. وهو ما صار يمارس اليوم تحت مسميات أخرى غير العلاج بالمفهوم الطبي التقليدي، كما يحدث في كثير من ورش العمل والمختبرات والدورات التدريبية وجماعات التنمية وجماعات اللقاء والمواجهة.

وهنا يأتي السؤال عمن هو الأصلح لممارسة المعالجة النفسية؟ لاشك أن الطبيب لديه زاد من الخبرة في التعامل مع الآلام البشرية، ولكن كثيرًا من المهارات والصفات المطلوبة في المعالج النفسي لا تتطلب كل هذه السنوات التي يقضيها الطبيب كي يكتسب الخبرة اللازمة لأن يكون معالجًا نفسيًا. وقد يكون المعالج الأفضل هو الذي قضى سنوات تعليمه الأولى في اكتساب تلك الخبرات والمهارات، بل قد تكون ممارسته في الحياة في إطار مهنة أخرى (الأفضل أن تكون قريبة من العلوم الإنسانية والفنون) مؤهلة له ليكون معالجًا نفسيًا جيدًا، إذا ما أكمل خبرته بدورة تدريبية في المعالجة النفسية.

الأدوية النفسانية التأثير Psychoactive drugs

الأدوية النفسانية التأثير هي مواد لها مفعول نفسي وتستعمل لعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية. ونستطيع أن نقسمها حسب استعمالاتها إلى ما يلي:

1- أدوية مضادة للذهان **antipsychotic drugs** : لعلاج الاضطرابات الشديدة، مثل ذهان الفُصام - الذُهان العضوي، دهان الشيخوخة. أمثلة: كلوربرومازين **chlorprpmazine**، تريفلوبرازين **Trifluoperazine**، هلوبريدول **Haloperidol**.

2- أدوية مضادة للهَوَس: مثل هلوبريدول **Haloperidol**، الليثيوم **Lithium**.

3- أدوية مضادة للاكتئاب **antidespressants**: خاصة الاكتئاب الجسيم أو حالات الهوس الاكتئابي "المرحلة الاكتئابية"، مثل أميتربتيلين **Amitryptyline**، إيميبرامين **Imipramine**.

4- أدوية مضادة للقلق **antianxienty**: لعلاج حالات القلق الحادة والمزمنة والأرق. وقد يؤدي استعمالها المستمر إلى التعود. أمثلة: كلورديزبوكسيد **chlordiazepoxide**، الديازبام **Diaz-epam**، البرازولام.

5– الأدوية المضادة لأعراض الامتناع (أو الانسحاب) عن تعاطي بعض المواد النفسانية التأثير، وتعالج هذه الأدوية متلازمة أعراض الامتناع عن تعاطي المسكرات والمخدرات أو الأفيون. فمثلًا:

– لعلاج أعراض الامتناع عن الخمر يعطى الديازبام.

– لعلاج أعراض الامتناع عن الأفيون يوصف الكلونودين clonidine أو الميثادون.

6– الأدوية المساعدة على المعالجة، وهذه تستخدم لمعالجة الأمراض الناشئة عن استعمال الأدوية المضادة للذهان، خاصة أعراض السبل فرق الهرمية مثل أمراض باركنون الذي قد يستخدم لعلاجه بنزهكسول Benzhexol.

وتتم معالجة الاضطرابات النفسية من خلال طرق متعددة. ففي بعض الحالات يكون العلاج الأولي كيميائيًا. وفي حالات ثانية علاجًا نفسيًا، وفي حالات ثالثة تكون المقاييس الاجتماعية هي أهم أنواع العلاج، ولكن عادة ما يعالج معظم المرضى بالعلاج الكيميائي والنفسي والاجتماعي معًا.

وتلعب الأدوية النفسانية التأثير دورًا كبيرًا في علاج اضطرابات الهوس، ولكن دورها في معالجة الذهان العضوي أقل أهمية. أما في الحالات العصابية فتلعب هذه الأدوية دورًا متواضعًا، إلا في حالات خاصة مثل الوسواس القهري والاكتئاب الخفيف واضطراب الهَلَع.

وعادة ما نكون المعالجة الكيميائية موجهة للأعراض، ولكن هذا لا يختلف عن معالجة معظم الأمراض الطبية الأخرى، مثل علاج أمراض الجهاز القلبي الدوراني، أو أمراض الكلى أو السكري.

ويجب على الطبيب أن يأخذ في الاعتبار قبل اتخاذ قرار إعطاء الأدوية النفسانية الـــتأثير النقاط الآتية:

1– هل معاناة المريض من الشدة من حيث النوعية ومن حيث الكمية بحيث نعتبرها أعراضًا وعلامات مرضية؟

2– وإذا كانت كذلك هل من مصلحة المريض أن يتلقى الأدوية النفسانية التأثير أم علاجًا آخر؟

3– هل النسبة بين الأعراض المرغوبة وغير المرغوبة إيجابية وتسمح بإعطائها؟

المعالجة أثناء الحمل والرضاعة

لم يلاحظ حتى الآن أعراض جانبية أو تشوهات خلقية من تأثير استعمال الأدوية المضادة للذهان أو المضادة للاكتئاب على الجنين سواء من الذهانيين أو غير الذهانيين، ولكن يحتمل أن يكون لليثيوم **Lithium** تأثيرًا بسيطًا، حيث لوحظ أنه توجد نسبة أكثر من

تشوهات الجهاز القلبي الدوراني في الأطفال المولودين للأمهات اللاتي تعاطين الليثيوم في الثلاثة شهور الأولى من الحمل.

إنه لمن السهولة والبساطة أن ننصح كل امرأة حامل بألا تأخذ أي أدوية نفسانية التأثير أثناء الحمل، خاصة أثناء الثلاثة شهور الأولى، ولكن واقع الحياة معقد أكثر من ذلك، فبعض المرضى يتحتم استمرارهم في العلاج لمنع نكسات الاكتئاب والفصام، ومع ذلك فهن في حالة طبية لتحمل مسؤولية الأمومة، ولكن إذا كانت خطورة الانتكاس الذهاني عالية فمن الأفضل الاستمرار في العلاج آخذين في الاعتبار أن التشوهات الخلقية والتأثيرات الجانبية لهذه الأدوية ضئيلة جدًا، وأن الحالة النفسية وحسن الحال للأم في طوال فترة الحمل على قدر كبير من الأهمية. ولكن هذه المشكلة تحتاج إلى اعتبارات خاصة من الطبيب ومن المريض، وحيث إن معظم الأدوية النفسانية التأثير تُطرح في لبن الأم، لذا تعد نصيحة الطبيب من حيث الرضاعة الطبيعية من الثدي أو التغذية بالزجاجة ضرورية حسب حالة المريضة.

الأدوية المضادة للذهان

Neuroleptics, antipsychotics

دواعي الاستعمال:

– ذهان الفصام.

- بعض الذهانات العضوية (خاصة ذهانات الشيخوخة).

- بعض المتلازمات العضوية الناجمة عن مرضٍ دماغي.

- حالات الهياج بأسبابها المختلفة.

أنواع المركبات:

يوجد نوعان: نوع ذو جرعات كبيرة وآخر ذو جرعات صغيرة، فالأدوية ذات الجرعات الكبيرة مثل الكلوربرومازين **chlorpromazine** لها خواص الطمأنينة والتهدئة ويستحسن استعمالها في الحالات الحادة المصحوبة بالتوتر والقلق والتشوش، وهي أقل تأثيرًا في علاج الأعراض الذهانية مثل الهلاوس والتفكير الزوراني (البارنويدي)، أما الأدوية ذات الجرعات الصغيرة مثل ترايفلوبيرازين **Trifluoperazine** وفلوفينازين **fluphenazine** والهالوبريدول **Haloperidol** فلها تأثير أقل في التهدئة، ولكنها ذات تأثير نوعي متخصص ضد الهلاوس والتفكير الزوراني أو البارانويدي.

التأثيرات الجانبية:

1- التهدئة الزائدة.

2– التأثيرات في الجهاز القلبي الدوراني: انخفاض ضغط الدم، وسرعة ضربات القلب.

3 – الجهاز العصبي: الجهاز (المجموع) فوق الهرمي: تؤثر مضادات الذهان على هذا الجهاز بدرجات متفاوتة وهذا الجهاز له أهميته الخاصة في الحركة السهلة السريعة للعضلات الإرادية، وقد يؤدي تأثره إلى:

1 – مرض باركنسون **Parkinson disease**: والذي يصيب المسنين، ويتميز بوجود رعاش باليدين متكرر ومنتظم وشديد مع تيبس في العضلات، واختفاء التعبير الوجهي، مع سير مميز بخطوات بطيئة بطرق مختلفة.

2 – حالات حلل الحركة الحادة **acture dyskinesia**: أو (اضطرابات العضلات الحاد)، وهنا تتقلص بصفة مستمرة مجموعات من عضلات الرقبة والفك والعين، وتؤدي إلى اعوجاج خلفي أو أمامي في الرقبة، وكذلك يصيب عسر الحركة الفك بالتقلص الحاد، بحيث يصعب على المريض فتحه، وتتجه العين إلى أعلى مع عدم قدرة المريض على خفضها. ويتم علاجها بإعطاء عقار الديازيبام **diazepam** بالوريد، أو زيادة كمية الأدوية المضادة للشلل الرعاش أو تغيير العلاج.

3– تعذر الجلوس **acathisia**: ويتميز ذلك بالحركة المستمرة. وعدم القدرة على التحكم فيها. ولذا يغير المريض مكانه بسرعة ويستمر بالحركة ذهابًا وإيابًا في الحجرة، وعادة تختفي هذه الأعراض الجانبية مع

خفض كمية الدواء أو إعطاء مضادات الكولين، أو مضادات مرض باركنسون مثل بنزهكسول **Benzhexol**.

4- خلل الحركة المتأخر **delayed dyskinesia**: وهنا يلاحظ المضغ المتكرر وحركة مستمرة للشفة واللسان والخدود، وعادة نرى هذه الأعراض في المرضى المسنين بعد استعمال مضادات الذهان لمدة طويلة. وقد تكون هذه الأعراض غير قابلة للشفاء، وتزيد مضادات الباركنسونية من هذه الحركات اللاإرادية بعكس الأعراض السابق ذكرها. ولذا يجب خفض مضادات الذهان بطريقة بطيئة في هذه الحالة.

5- الاختلاجات **convulsions**: تسبب مضادات الذهان خفض عتبة الصرع.

6- الجهاز العصبي اللاإرادي: تشوش الرؤية، جفاف الأغشية المخاطية، صعوبة التبول، اضطراب في القذف.

7- اضطرابات الاستقلاب (الأيض) واضطراب عمل الهرمونات.

(ا) مضاد الذهان ذو الجرعات الكبيرة:

الاسم الجنيس كلوربرومازين **chlorpromazine** ويتوفى بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية ووريدية وتحاميل شرجية

وتتراوح الجرعة بين 25 ميلي جرام–300 ميلي غرام ثلاث مرات يوميًا.

إذا أعطي بالحقن العضلي فتحتسب الجرعة 30% من العلاج بالأقراص، ويحتاج المرضى المسنون الذين يعانون من سوء التغذية لجرعات أقل.

(ب) مضاد للذهان ذو الجرعات الصغيرة:

الاسم الجنيس: ترايفلو برازين **Trifluoperazine** ويتوفر بشكل أقراص، وتتراوح الجرعة بين 5–40 ميلي غرام يوميًا، وهناك المركبات الطويلة المفعول لعلاج المتابعة، وتتوفر في هيئة حقن طويلة المفعول تعطى كل أسبوعين إلى ثلاث أسابيع بمقدار 25 ميلي جرام.

(ج) مضاد الذهان ومضاد الهوس:

الاسم الجنيس **generic name**: هالوبريدول **Haloperidol** يحتمل أن يكون أفضل علاج حاليًا للهوس، نظرًا لسرعة تأثيره وتفاعله الواضح، وإذا كان لابد من منع نكس المرض فيفضل هنا الليثيوم **Lithium**. ويتوافر بشكل أقراص، وتتراوح الجرعة بين 5–40 ميلي جرام، أو حقنة في العضل بمقدار 50 و100 ميلي غرام تعطى كل 4 أسابيع مضاد للذهان طويل المفعول (بالفم).

الاسم الجنيس بيموزايد **pimozide** لعلاج مرضى الفصام لمدة طويلة، خاصة إذا كان تعاونهم محدودًا مع عدم رغبتهم في تناول العلاج بانتظام، وكان اتجاههم سلبيًا مع رفض الحقن، ولكن لا مانع عندهم من تناول أقراص بالفم تحت الإشراف الطبي. بمقدار **4–16** ميلي غرام يوميًا وتعطى صباحًا في جرعة واحدة.

بعض الأدوية المضادة للذهان

ملخص التأثيرات المطلوبة	ذو الجرعات الكبيرة (لارغاكتيل)	ذو الجرعات الصغيرة (ترايفلوبيرازين)	ملاحظات
مضاد للهلاوس	++	+++	يفضل أدوية الجرعات الصغيرة
مضاد للبارانويا	+	++	يفضل أدوية الجرعات الصغيرة
مضاد للذهان ذو تأثير مهدئ مميز	+++	++	تستعمل أدوية الجرعات الكبيرة عند اللزوم
تأثير مهدئ	+++	+	من النادر الحاجة

غير مميز للذهان			إليه
التأثيرات الجانبية			
تهدئة زائدة	+++	+	يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة
انخفاض في ضغط الدم	++	+	يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة
أعراض فوق الهرمية	+	+++	يعطى مضاد الباركنسونية ويحاول خفضه بعد مدة حتى يتسنى معرفة ضرورة الاستمرار في العلاج المساند
صعوبة في التبول	++	+	تعطى أدوية حاصرة للكولين مثل البروستيغمين أو يغير لدواء ذي

جرعة صغيرة			
نصائح لنوعية الطعام ولو أن تأثير ذلك متواضع مثل معظم برامج التغذية	+	++	زيادة في الوزن
يوقف العلاج ويغير لنوع آخر		+	يرقان
يغير إلى مضاد ذهاني آخر	+	+	حرو ق الشمس الشديدة
يجب مراعاة الأعراض السريرية حتى أن لم تتيسر الفحوصات المختبرية وأن لوحظ ذلك يجب وقف الدواء فورًا	+	++	نقص كريات الدم البيضاء

التأثيرات الضارة			
انخفاض ضغط الدم	++	+	وضع الاستلقاء واعطاء نورابينفرين في الوريد في المجالات الشديدة
عدم القدرة على التحكم في الحرارة	++	+	التدابير اللازمة لإعادة درجة الحرارة إلى طبيعتها ديازيبام في الوريد

مضادات الاكتئاب

Antidepressantas

دواعي الاستعمال:

الاكتئاب الجسيم أو السوداوية **melancholia**، ذهان الهوس الاكتئابي، النوبة الاكتئابية.

أنواع المركبات:

1– مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات **Tricychlic**: يتناول المريض عادة هذه الأدوية على هيئة أقراص. وهي الاختبار الأول في علاج الاكتئاب.

2– مثبطات إنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية (**MAI**) **Monoamine Oxidase :inhibitors** وهذه الأدوية ذات فائدة في علاج بعض مرضى الاكتئاب. ولكن يتحدد استعمالها بوجود المريض الذي يتعاون مع الطبيب، نظرًا لتفاعل هذا الدواء مع بعض الأدوية الأخرى وبعض أنواع الطعام. وفي هذا الفصل لن نتعرض لتفاصيل عن هذه المركبات، ولكن الجدير بالذكر أن استعمال هذه المركبات يحتاج إلى خبرة واهتمام خاص حتى يتسنى للمريض السلامة.

3- اعتبارات خاصة: مازال العلاج بالجلسات الكهربائية (مزامنة إيقاع الدماغ) هو أكثر العلاجات قوة وفائدة في حالات الاكتئاب الشديدة، خاصة المصحوبة بالميول الانتحارية. ولن نسهب في وصف الجلسات الكهربائية. ولكن يجب أن نعلم أنها البديل لمضادات الاكتئاب في حالة عدم استجابة المريض لها. ولكن يجب أن تعطى هذه الجلسات من قبل الأطباء المتدربين على ذلك.

4- تبدأ فاعلية هذه الأدوية بعد 3-6 أسابيع، ويجب أن تستمر لمدة لا تقل عن 3-6 شهور يقرر بعدها علاج المتابعة لسنوات طويلة أو عدم الحاجة إليه، حسب حالة المريض وعدد النكسات.

مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات

Tricyclic antidepressants□

التأثيرات المطلوبة:

1- التأثير على المزاج المكتئب: بالرغم من أن هذه المركبات لها تأثيرها الفعال على أعراض الاكتئاب إلا أنها تتميز بتأثيرها الواضح والمتخصص في المزاج الاكتئابي المرضي، مثل الاكتئاب الداخلي أو السوداوية

Melancholia

2- التأثير المهدئ: وهذا أقل وضوحًا وأهمية من التأثير الأول، فبعض مضادات الاكتئاب مثل ايميبرامين **Imipramine** يقال عنها أنها تنشط الفرد وتقلل من المعاندة والسلبية. والبعض الآخر مثل اميتريبتيلين **Amitryptaline** يقال إنها مهدئة، ويعتمد هذا الاختلاف عادة على التقدير السريري (الإكلينيكي) وليس على أسس علمية. ولا يصح استعمال خواص التهدئة في حالات لا ينطبق عليها تشخيص هذه الاضطرابات .

التأثيرات غير المرغوبة: مثل مضادات الذهان تقريبًا.

نقاط مهمة في تأثير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات **tricyclic antidepressants** وجلسات الكهرباء:

تستمر النوبة الاكتئابية لمدة غير محدودة، ولكنها تتراوح عادة بين **3** إلى **6** شهور، ولكن في حالات استثنائية قد تستمر فترة تتراوح بين بضعة أيام إلى عدة سنوات. وتؤدي الأدوية المضادة للاكتئاب إلى شفاء الأعراض في فترة تتراوح بين **3** إلى **5** أسابيع في حوالي **60-70%** من الحالات.

وإذا قارنا جلسات الكهرباء فنجد أن نسبة شفائها لهذه الحالات حوالي **80** إلى **85%** . أما الشفاء التلقائي في الاكتئاب فيتراوح بين **20** و**25%** .

أما تأثير هذه الأدوية على الحالات العُصابية فهو أقل قوة، ولا نستطيع التنبؤ بشفاء المريض ولكن تظهر الأعراض الجانبية في هذه الحالات العصابية بطريقة واضحة خاصة كثرة النوم والإعياء والدوار.

وتؤثر مضادات الاكتئاب على أعراض الاكتئاب ولكنها لا توقف طبيعة المرض تمامًا، ولذا فقد ينكس المريض إذا أوقفنا العلاج قبل شفائه التلقائي، لذا يستحسن أن تستمر المعالجة بمضادات الاكتئاب لمدة تتراوح بين 3–6 شهور، وهي المدة الكافية لشفاء المريض. بحيث يكون أثناءها بدون أعراض سوداوية، بحيث يصبح المعالج في حالة وضوح تام لاحتمال عودة الأعراض من عدمه، ولكن الملاحظة المهمة هنا أنه إذا حدثت النكسات أثناء تخفيض الجرعة فإن عودة الجرعة الأولى سيجعل المريض في حالة أفضل مع اختفاء الأعراض في خلال أيام بسيطة، وهذا معاكس تمامًا للمدة التي يحتاجها العلاج في البداية ليتضح تأثيره بين أسبوعين إلى 4 أسابيع. وهذه الملاحظة لا يمكن تفسيرها علميًا. ويحتاج بعض المرضى إلى الاستمرار في هذه الأدوية لمدة سنة أو أكثر. وهنا يستحسن أن نسمي هذا العلاج بالعلاج الوقائي للنكسات.

بعض مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات:

الاسم الجنيس أميتريبتالين Amitryptaline

دواعي الاستعمال: الاكتئاب الجسيم، السوداوية melancholia ذهان الهَوَس الاكتئابي، النوبة الاكتئابية (تأثيرات مهدئة غير مضافة إلى المفعول المضاد للاكتئاب).

يتعذر الاستعمال في: أمراض القلب والمخ الشديدة، وحالات الغيبوبة coma الناجمة عن التسمم بالأدوية النفسانية التأثير، وأورام المخ، والأمراض المعدية والتي تؤثر على المراكز المخية لضغط الدم، وتضخم البروستاتا، خاصة مع سوابق احتباس البول. والانتقال من المعالجة بمثبطات إنزيم لأكسيداز الأمينات الأحادية إلى المركبات الثلاثية الحلقات ولكن ليس العكس. ويتوفر بشكل أقراص أو كبسولات وتتراوح الجرعة بين 50– 200 ميلي غرام يوميًا.

الاسم الجنيس أيميبرامين Imipramine

دواعي الاستعمال: مثل الأميتريبتالين، لا مانع من إضافة مثبطات إنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية (MAOI) بعد الدواء ولكن ليس العكس. ويتوفى بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية. وتتراوح الجرعة بين 50–200 ميلي غرام يوميًا.

مضادات الهوس Antimaniacs

أنواع المركبات:

1- مضادات الذهان: إن تأثير مضادات الذهان على حالات الهوس تأثير غير نوعي، مما يجعل اختيار الدواء أمرًا مجازيًا، ويفضل هنا إعطاء مضادات ذهان من ذوات الجرعة الصغيرة وأفضلها دواء الهالوبريدول Haloperidolc، الذي يبدأ تأثيره خلال الأيام الأولى من تناول العلاج.

2- أملاح الليثيوم Lithium: إن استعماله في معالجة الهوس (وفي المعالجة الوقائية لنوبات الهوس والاكتئاب وفي الاضطرابات الوجدانية لمنع النكسات) هو أكثر نوعية من أي علاج آخر في الطب النفسي الحديث، والعيب الوحيد في هذا الدواء خاصة في الهوس الحاد هو تأثيره لا يبدأ إلا بعد 4 إلى 10 أيام (أي أبطأ من الهالوبريدول)، ولكن يغلب أن يتقبل المريض علاج الليثيوم، حيث إنه لا يشعر أنه تحت تأثير دواء مهدئ، أو كما يقولون أدوية أعصاب. ولا يجب استعمال أملاح الليثيوم إلا إذا توافرت التسهيلات الكافية لقياس نسبة الليثيوم في الدم.

الاسم الجنيس: كربونات الليثيوم

المراقبة السريرية (الإكلينيكية) والمختبرية

قبل العلاج: كرياتين الدم، يوريا الدم، وفي بعض الحالات ضغط الدم، تخطيط كهربية القلب، صورة شعاعية للصدر، فحص الغدة الدرقية.

أثناء العلاج: تحليل الليثيوم في البلازما (12 ساعة بعد الجرعة الأخيرة).

تحسب الجرعات بالميلي غرام فقط في حالة كربونات الليثيوم، أما في حالة الأملاح فتحسب الجرعة بالمول، ويمكن أن يعطى جرعة واحدة يومية تؤخذ الساعة العاشرة مساء (**900– 2400**) ميلي غرام، أو تعطى جرعتين يوميًا، تؤخذ في الثامنة صباحًا والعاشرة مساء (**300– 900**) ميلي غرام.

الأدوية المزيلة للقلق Anxiolytics

دواعي الاستعمال:

القلق الحاد والمزمن، الأرق الحاد الشديد، الأعراض الناتجة عن توقف الكحول أو الأدوية المهدئة، الحالة الصرعية.

أنواع المركبات:

1– بنزوديازبين **Benzodiazepines**: تستعمل هذه المركبات بكثرة نظرًا لتأثيرها المضاد للقلق ولخواصها المنومة والمهدئة، ولكن

استعمالها المستمر قد يؤدي إلى زيادة الجرعة وأحيانًا إلى الاعتماد، ولكن بالمقارنة بالأدوية الأخرى تعتبر مركبات البنزوديازبين علاجات آمنة، حيث إن نسبة الوفيات بعد تناول كميات زائدة تكون منخفضة جدًا، وكذلك فالأعراض الجانبية الرئيسية قليلة إلى حد كبير.

2- مضادات الذهان: مضادات الذهان ذات الجرعة الكبيرة لها من الخواص غير النوعية التأثير التخديري خاصة في المرضى غير الذهانيين، ولكن نظرًا لتأثيرها الفارماكولوجي المختلف والأعراض الجانبية الكثيرة يرفض المريض هذا النوع من العلاج، ولكن إذا أعطيت هذه الأدوية بكميات صغيرة تكون بديلًا صالحًا للبنزوديازيبين، خاصة إذا كانت استجابة المريض للأدوية الأخيرة غير سليمة أو كان تاريخه المرضي (سوابقه المرضية) يدل على زيادة استعماله لهذه الأدوية أو الكحول.

3- الباربتيوريات **Barbiturates**: تؤثر هذه الأدوية لكونها منومة مضادة للقلق من النوع المتوسط، ولكنها تسبب الاعتماد، ويعتبر استعمال هذا الدواء في كثقير من الأحوال من الممارسات القديمة، نظرًا لانتشار استعمالها في فترة سابقة، كذلك الأعراض الجانبية الشديدة الناتجة عن توقف الدواء كانت تهدد الحياة أحيانًا، يزيد على ذلك أن استعماله بغرض الانتحار يكون عادةً ناجحًا وكثيرًا ما يؤدي إلى الوفاة.

4- أدوية لا ينصح باستعمالها: لا توجد ميزات دوائية للمبروبامات **Meprobamate** عن البنزوديازيبين ومضادات الذهان ذات الجرعة الكبيرة فهي تؤدي إلى تسمم خطير في محاولات الانتحار مع انخفاض

شديد في ضغط الدم، لذا لا يوصى باستعمال هذا الدواء في الوقت الحالي.

البترودیازبين:

التأثيرات المطلوبة:

1- تخفيف القلق.

2- التأثير التنويمي.

3- التأثير المضاد للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان.

4- التأثير المضاد للصرع: يعتبر الديازيبام هو الدواء المضل إعطاؤه في الوريد في الحالات الصرعية، وفي حالات الصرع أو الاختلاجات الناتجة عن ارتفاع درجة الحرارة في الأطفال. ونظرًا لقصر مدة نشاط هذا العقار في الجسم، فلا يصلح لعلاج حالات الصرع العادية.

الاسم الجنيس: ديازيبام **Diazepam**، ويتوفي بشكل أقراص أو كبسولات وحقن عضلية ووريدية وتتراوح الجرعات بين **5–20** ميلي غرام يوميًا كمضاد للقلق. وكمضاد لأعراض توقف الاعتماد على الدواء يعطى بمقدار **10–20** ميلي غرام يوميًا.

وكمضاد للصرع (الحالة الصرعية) يعطى وريديًا بمقدار **10–20** ميلي غرام على ألا يزيد عن **200** ميلي غرام في اليوم.

الأدوية المضادة للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان والتعود:

دواعي الاستعمال:

الامتناع عن الأفيون، الامتناع عن الكحول، الامتناع عن الأدوية المنومة، الامتناع عن الأدوية المهدئة، الامتناع عن الأدوية المضادة للقلق.

أنواع المركبات:

1- الميثادون: ولو أنه في ذاته أفيوني إلا أن نصف الحياة في البلازما تمتد لمدة أطول عن باقي أنواع الأفيونات مثل المورفين والهيروين كذلك فهو أكثر نشاطًا ويعطى بالفم.

2- البنزوديازيبين (ديازيبام): ويفيد ذلك في توقف تعاطي الكحول وباقي الأدوية ولكنه لا يفيد في حالات الأفيون.

المعالجة بالكهرباء

(مزامنة إيقاع الدماغ)

مازالت جلسات المعالجة بالكهرباء أكثر العلاجات تأثيرًا وقوة في حالات الاكتئاب التي تهدد حياة الفرد، ولقد اختفت الآن معظم

الأعراض الجانبية المعروفة سابقًا عن جلسات المعالجة بالكهرباء بعد إدخال نظام التخدير العام واسترخاء العضلات والأكسجين عند تطبيق المعالجة بالكهرباء. وما تبقى من الأعراض الجانبية هو بعض الاضطراب في الذاكرة، للأحداث القريبة، ولكن حتى ذلك قل كثيرًا بعد المعالجة بالكهرباء على الفص غير السائد في المخ، ولكن مشكلة النسيان لم تحل تمامًا. قد يساء استعمال الكهرباء مثل أي علاج آخر، ولكن نعتقد أنه قد بولغ في سرد سوء استعمال الكهرباء، ونتمنى في المستقبل القريب أن نجد مضادًا للاكتئاب يتفوق على مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وجلسات الكهرباء، ولكن في الوقت الحالي نعتقد أنه من غير الممكن ألا نعطي هذه العلاجات للمرضى المكتئبين، آخذين في الاعتبار احتياجات كل مريض حسب حالته، ولا تختلف كثيرًا المدة التي يحتاجها المريض للاستجابة للمعالجة بالكهرباء أو مضادات الاكتئاب. فيحتاج معظم المرضى من **6** إلى **12** جلسة كهربائية، إذا أعطينا جلستين إلى ثلاث كل أسبوع فمعنى ذلك أن العلاج سيحتاج من ثلاثة إلى خمسة أسابيع، وهذه المدة الكافية للأدوية المضادة للاكتئاب لتصل إلى الحد الأقصى في التأثير.

أما المرضى ذوو الاكتئاب الشديد والميول الانتحارية فتعتبر الجلسات الكهربائية عملية إنقاذ للحياة بالنسبة لهم.

وتعطى جلسات الكهرباء أحيانًا لحالات الهوس والفصام الحاد، حتى يتسنى إعطاؤهم العلاج الخاص بهم.

وقد تعددت نظريات كيفية عمل جلسات الكهرباء، ويكفي القول إن لها تأثيرًا معدلًا على النواقل العصبية **neurotransmitters** في المخ المسببة لاضطراب المزاج، والسلوك، والتفكير واضطرابات الحركة.

ويجب أن نتوقف عن استعمال كلمة صدمات الكهرباء حيث إن العلاج المعدل الآن لا يسبب أي صدمات، ومن ثم ندعو إلى تسميتها بجلسات تنظيم أو مزامنة إيقاع الدماغ.

التأهيل النفسي

Psychiatric rehabilitation

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد

التأهيل النفسي هو دعم واستعادة التوافق النفسي بين الفرد وبيئته. ينقص الاضطراب النفسي من كفاءة الوظائف النفسية للفرد بما يحدثه من اختلال، ويسهم الاختلال في إحداث عجز نفسي في العديد من الوظائف، وإذا تعددت نواحي العجز النفسي أدى ذلك إلى الإعاقة في المجتمع.

يسعى علاج الاضطراب النفسي إلى رفع الأداء النفسي للمريض حتى يفي بما يطلب منه في بيئات العمل والأسرة والبيئة العامة، وإذا ظل هذا الأداء قاصرًا رغم العلاج لزم تخفيض ما يطلب من المريض في بيئاته حتى يستعيد التوافق أو الملاءمة بين ما يستطيع المريض وما تطلب البيئة. والتأهيل النفسي يغير ويبدل في بيئة الفرد لتناسب قدرات المريض، ويدرب قدرات الفرد حتى يعوض السوي منها ما ضاع أو نقص بسبب المرض، ولذلك فهو ضروري للمرضى الذين لا يصل تحسنهم بالعلاج إلى

الشفاء الكامل، كما يحدث في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الفصام.

وفي الفصام على سبيل المثال تؤدي الوَهَامات (الضلالات) والهلاوس إلى العجز عن الارتباط بالواقع، كما تؤدي قلة الدوافع واختلال التفكير إلى العجز عن العمل، وتؤدي اختلالات التفكير والوجدان والعناية الشخصية إلى العجز عن التواصل مع الغير (العزلة). وبالتالي يؤدي العجز عن الارتباط بالواقع.

والعجز عن العمل إلى الإعاقة بطول الاحتجاز بالمصحات، كما يؤدي العجز عن العمل والعزلة إلى إعاقة ناجمة عن الوصمة الاجتماعية لدوام اعتماد الفصامي على غيره لإعاشته كما هو موضح في ما يلي:

الإعاقة handicap	العجز Disability	الاختلال Impairment
طول الاحتجاز بالمصحات وصمة الاعتماد على الغير	العجز عن الارتباط بالواقع العجز عن العمل العجز عن التواصل مع الغير (العزلة)	1- الوهامات 2- الهلاوس 3- انعدام الدافع 4-اختلال التفكير 5- اختلال الوجدان 6-قلة العناية الشخصية

التأهيل في الأسرة:

يبدأ ذلك بتعريف أفراد الأسرة بقدرات المريض التي حد منها المرض حتى لا يصفوه بالكسل أو عدم السعي والاجتهاد كغيره. كما يلزم تنبيههم في نفس الوقت إلى قدرات المريض المتبقية ومدى ما تسمح به من العناية بنفسه ورعاية أموره الشخصية. ويسعى التأهيل الأسري إلى تجنب النقد غير البناء الخالي من الحنان، وتجنب فرط الحماية للمريض، لأن ذلك يفقد المريض الشعور بكيانه إذا أعفي من كل المسؤوليات، وضمور قدرته على الرعاية الشخصية لنفسه في النوم والاستيقاظ وتناول الطعام وارتداء الثياب والنظافة البدنية. وحتى إذا كان المريض مقيمًا لفترة طويلة أو بصفة دائمة في مصحة ويجب على هيئة التمريض والعلاج أن يلتزموا بنفس هذه الاتجاهات التي تلتزم بها الأسرة نحو المرضى الذين يعيشون خارج المصحات في أسرهم، وأن يكلوا إلى المريض أقصى ما يمكنه تدبره من رعاية أموره الشخصية.

التأهيل في العمل:

إذا انتقص المرض النفسي من قدرة المريض على أداء عمله الأصلي يمكن تأهيله بتنمية قدراته المتبقية في اتجاهات أخرى لأعمال مختلفة أو تخفيض متطلبات عمله، كأن ينقل إلى عمل أخف من سابقه، فإذا كان يقوم بأعمال مكتبية تستدعي كثيرًا من الجهد العقلي، يمكن أن يوصى له بعمل كاتب تسجيل لا يستدعي كثيرًا من الجهد العقلي،

ويحتاج قدرًا أقل من تنوع الأداء ودوام التركيز. ونلاحظ أن كثرة الإجازات المرضية وطول البعد عن العمل له آثار سيئة على التأهيل النفسي للمرضى، ولذلك ينبغي قصرها على ما هو ضروري ولازم حتى لا تضمر قدرة المريض على العمل. ونجد في كثير من المصحات التي يقيم بها المرضى لمدد طويلة أماكن للعمل كالمزارع أو المصانع الحرفية الصغيرة التي يذهب إليها المرضى يوميًا للعمل، ويتقاضون أجورًا على عملهم، كما توجد فصول دراسية للأطفال المعوقين حتى لا يفوتهم التعليم المناسب لقدراتهم.

التأهيل في البيئة العامة:

يلزم لمساعدة المرضى على التأهيل للتعامل مع الآخرين خارج بيئتي الأسرة والعمل أن ننمي قدراتهم الاجتماعية على التواصل مع الغير، إذا انتقص منها المرض النفسي. كما ندربهم على اختيار الأصدقاء والدفاع عن حقوقهم في المعاملات والمناقشات التي تتم بينهم وبين الآخرين، مع رعاية تقاليد وأعراف المجتمع. نلاحظ أن توفير وسائل مقبولة لقضاء وقت الفراغ للمراهقين والشباب يقلل من إغراء الانحراف إلى الطرق غير المقبولة، ومنها الجنوح الإدمان. وعند تأهيل المرضى يلزم المساعدة على توفير دائرة جديدة من الرفاق غير المدمنين، بالإضافة إلى توفير المجالات السوية للعمل الذي يشعرهم بكيانهم. وكذلك يلزم

خروج المرضى المزمنين من المصحات النفسية إلى المجتمع وتشجيع زيارة الآخرين لهم.

الصعوبات النفسية في تأهيل المعوقين بدنيًا:

نلاحظ في كثير من المرضى الذين تستمر إعاقتهم البدنية قلة الدافع إلى التعاون مع برنامج التأهيل البدني، وكثيرًا ما يشكو المريض من الآلام البدنية التي لا تتناسب مع شدة إصابتهم أو مرضهم الجسمي. ويلزم لتأهيل هؤلاء المرضى أن يكون هناك توجيه نفسي، بالإضافة إلى التوجيه البدني من فريق التأهيل لدراسة المشاكل النفسية لكل مريض، كالخوف من العودة للعمل أو انتظار تعويض ضخم عن الإصابة (وخاصة إصابات العمل) أو تلقي معلومات متضاربة من أفراد فريق التأهيل، أو الخوف من الاعتماد على النفس، أو من عدم الحصول على عمل يناسب القدرات الحالية. ونلاحظ في بعض الأطفال المعاقين بدنيًا أن الآخرين يستمرون في معاملتهم كأطفال صغار رغم اطراد نموهم، وقد يعوق هذا نضجهم النفسي ويبقيهم معتمدين على الآخرين. كذلك فإن الإفراط في وصف الأطباء لمضادات الألم قد يؤدي إلى الاعتماد عليها فتضاف مشكلة نفسية كبيرة إلى المشكلة البدنية.

وفي جميع الأحوال يلزم إشراك أسرة المريض في السعي للتغلب على هذه المشاكل، من خلال العلاقة المهنية السليمة بين فريق التأهيل والأسرة.

الطوارئ في الطب النفسي

Emergency

الأستاذ الدكتور شيخ إدريس عبد الرحيم

الأستاذ الدكتور عبد المناف الجاذري

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الطوارئ النفسية حالات حادة من الاضطراب النفسي، تلجئ المريض أو ذويه إلى البحث عن علاج عاجل لخطورة المريض على نفسه أو على الآخرين. ومن أكثر حالات الطوارئ انتشارًا حالات الهياج **excitement**، ومحاولة الانتحار **attempted suicide** (**parasuicide**)، والأعراض التحويلية **conversion symptoms**، والهلع **panic**، والأعراض الجانبية الحادة لبعض الأدوية النفسانية التأثير، وبعض حالات الاعتماد على الأدوية **drug dependence**.

الهياج Excitement

يكون المريض مفرطًا في نشاطه الحركي، وقد يأتي بالشاذ من الأفعال الذي يعرض حياته أو حياة الآخرين للخطر كالسلوك العدواني،

ويقوم بسلوك فاضح، كأن يخلع ملابسه أمام الآخرين، أو يدمر ما حوله من أشياء. يحدث ذلك في حالات الذهان أو في الهياج السيكوباتي. ومن أهم حالات الذهان الطارئة ما يحدث في الهذيان والهوس والفصام.

الهذيان Delirium

تتميز حالات الهذيان باضطراب التوجه **orientation** في الزمان والمكان والأشخاص، وانخفاض درجة الوعي وضعف الذاكرة للأحداث القريبة. وكثيرًا ما يكون المريض قلقًا خائفًا مما يعتري إراكه من خداعات وهلاوس وخاصة في المجال البصري. وقد يبول في أماكن غير مخصصة لذلك، أو يخلع ملابسه الداخلية في وجود الآخرين أو ينام على الأرض، وتكون الأعراض على أشدها في المساء والليل. ويلزم تمييز هذه الحالات عن ذهان الهوس وذهان الفصام من خلال العلامات السابق بيانها، لأنها ترجع إلى أسباب عضوية تخل بعمليات الاستقلاب (الأيض) في المخ، مثل حالات الحمى والالتهابات في الإصابات والتسمم (الداخلي أو الخارجي) أو نقص الأكسجين في الدورة الدموية للمخ. ولا يضطرب التوجه في الزمان والمكان والأشخاص عادة في حالات الهوس أو الفصام.

الهياج في الاضطراب الهوسي:

الهياج من العلامات الشائعة في الهوس **mania**، وكثيرًا ما يصاحبه علامات مزاج الشُّماق **elation** من رقص أو غناء أو شعر أو

فرط الحديث وما به من تسلية أو دعابة، وكثيرًا ما يعاني مرضى الهوس من الهيوجية بدلًا من الشماق **elation**، ولكن تشتت انتباههم وحدة تعليقاهم على ما يحدث حولهم تساعد على تفرقتهم عن مرضى الفصام.

الهياج في الفصام:

الهياج علامة معروفة في الحالات الحادة لاضطراب الفصام، وكثيرًا ما يصاحب ذلك الوهامات (الضلالات) الاضطهادية التي يعاني منها المريض، أو الهلاوس التي يغلب أن تكون سمعية أكثر منها بصرية، ويكون حديث المريض غير متماسك، خاليًا من أي تسلية أو دعابة.

الهياج السيكوباتي:

قد يحدث الهياج في اضطرابات الشخصية التي لا يتقيد فيها الفرد بأصول وتقاليد السلوك كما يقرها المجتمع. وهو يوجه السلوك الغاضب عادة ضد أشخاص بعينهم دون غيرهم لتحريك شعورهم بالذنب تجاه الفرد الهائج أو لتعديل سلوكهم لصالحه، ليقفوا إلى جانبه بعد ما حدث من خلاف معهم. وكثيرًا ما يذكر الشخص السيكوباتي أنه لم يعي ما صدر منه من هياج وعدوان على الآخرين، ولكننا نجد دليلًا موضوعيًا على مسؤوليته عما صدر منه في تماسك خطوات سلوكه الهائج وتوجيهه إلى هدف محدد، ولذلك فإن شعوره بعدم وعيه بما فعل ضرب

من الانشقاق. ولا يعاني السيكوباتي من أي اضطراب في التوجه أو وُهَام (ضلال) أو هلاوس.

ويتكون العلاج الطارئ لحالات الهياج من المهدئات التي تعطى عادة بالحقن، بعد الفحص البدني بقدر ما هو ممكن تحت هذه الظروف. ولا تجدي المهدئات الصغرى مثل مستحضرات البنزوديازيبين في هذه الحالات، ويلزم أن تكون جرعة المهدئات العظمى في حالات الهياج مناسبة لوزن جسم المريض ودرجة هياجه، فتكون جرعة الحقن من عقار كلوربرومازين للشخص البالغ مثلًا 100 ميلي غرام في العضل.

ويلزم إحالة جميع حالات الهذيان فيما عدا الهذيان الذي يتلو الإصابات إلى الجناح الباطني بالمستشفى، حيث يتم تشخيص وعلاج المرضى العضوي المسبب لكل حالة، وحيث يكون العلاج بالأدوية النفسانية التأثير المهدئة علاجًا للأعراض فقط، يمكن أن يصفه أي طبيب لتهدئة سلوك المريض إلى أن يتم علاج المرض الذي أدى إلى الهذيان.

طوارئ محاولات الانتحار Attempted suicide

يقوم بعض المرضى بمحاولة إيذاء أنفسهم بعد مواجهة مشكلة في حياتهم، ويحمل هذا الإيذاء درجات متفاوتة من احتمال قتل الفرد لنفسه، وتزيد احتمالات الوفاة عند استخدام الطرق الفيزيائية (كالحرق والشنق والطعن والغرق والقفز من ارتفاع) عنها عند استخدام الطرق

الكيميائية (كالجرعات الزائدة من الأدوية أو تناول المطهرات). وقد ينكر المريض نية الانتحار خشية المساءلة القانونية، أو لكي يعيد فيما بعد تلك المحاولة التي اكتشفها الآخرون بمحض الصدفة، ولذلك يلزم في جميع الأحوال أن يأخذ طبيب الطوارئ جانب الحذر وينصحح المريض، وأهله بضرورة مراقبة حالته الصحية في جناح عام بالمستشفى يمكن فيه تخليصه من الآثار البدنية لمحاولة الانتحار وإنعاشه إذا لزم الأمر. وبعد مرور فترة المراقبة (48–72 ساعة)، يمكن للطبيب النفسي أن يقرر ما يلزم للمريض من علاج في جناح الأمراض النفسية، أو بالعيادة الخارجية ويتناول المشكلة من نواحيها النفسية والاجتماعية من المريض وممن يهمهم أمره.

طوارئ الأعراض التحويلية Conversatiov symptoms والهلع panic:

قد تحدث الأعراض التحويلية بصورة حادة وتلجئ المريض وأهله إلى قسم الطوارئ لما يشعر من إغماء أو فقد القدرة على الحركة أو الإبصار أو الكلام على سبيل المثال. وأهم وسيلة تفرق تشخيص هذه الحالات عما يشابهها من الأمراض العضوية هي الحصول على السيرة والسوابق (تاريخ المرض) من المريض وأهله لمعرفة العوامل المرسبة وبيان الأعراض السابقة والمصاحبة واللاحقة للعرض التحويلي ثم فحصه بدنيًا. نجد أن نمط العلامات النفسية والبدنية يتفق مع مفهوم المريض حول

مرض العضو المصاب بالأعراض التحويلية. ولا يتفق مع ما هو معروف طبيًا عن ذلك العضو. فإذا أخذنا مثلًا الإغماء التحويلي نجد أن له سوابق ومصاحبات ولواحق تختلف تمامًا عن الإغماء الصرعي الذي يلزم تفرقته في التشخيص. فالإغماء التحويلي تدريجي، يشعر المريض بمقدمه، فيتخذ من الاحتياط ما يمنع من سقوطه أو إصابته، وفيه يغمض المريض عينيه ويسبق اهتزاز الأطراف فقدان الوعي، وقد يأتي المريض بمحاولات لشق ثيابه أو خنق رقبته أو الإمساك بالآخرين بقوة، ويمكنه سماع الآخرين وإن لم يكن قادرًا على الرد عليهم أثناء الإغماء التحويلي. وكل ذلك يناقض ما يحدث بالصرع. ومن الخطأ إيذاء المريض الذي يعاني من الأعراض التحولية باستخدام الوسائل المؤلمة كاستنشاق الأمونيا، أما في حالات الهلع فيظن المريض أنه يموت أو يوشك أن يفقد صوابه وسيطرته على نفسه، يبدو ذلك في سلوكه وطلبه للعون العاجل من الآخرين أو إجراء فحوص معينة لكي يطمئن على قلبه أو صدره مثلًا، وكثيرًا ما يشاركه أهله في الاتجاه إلى الأمراض البدنية كتفسير لاضطرابه وعلى طبيب الطوارئ تهدئة المريض المصاب بالهلع أو بالأعراض التحويلية بشرح بسيط عن دور الاضطراب النفسي في إحداث الأعراض البدنية وبإعطاء المريض علاجًا مهدئًا بالحقن مثل الكلوربرومازين أو مستحضرات البنزوديازبين على أن يبدأ علاجه بواسطة طبيب نفسي في أقرب وقت. وإذا استخدم طبيب الطوارئ حقن البنزوديازبين فعليه ألا يكررها بناء على طلب المريض أو أهله حتى لا يصبح المريض معتمدًا عليها.

الأعراض الجانبية لبعض الأدوية النفسانية التأثير:

قد تظهر الأعراض الجانبية بصورة حادة تلجئ المريض إلى طبيب الطوارئ بعد تناوله لبعض الأدوية النفسانية التأثير التي يصفها الأطباء (وخاصة مجموعة مضادات الذهان). من ذلك حدوث تقلص في بعض عضلات الجسم وخاصة بالوجه أو اللسان أو الرقبة، أو حدوث تصلب أو رجفة في الأطراف أو فقد الاستقرار الحركي، حيث لا يمكن للمريض الجلوس في مكان واحد، فيستمر في تحريك أرجله أو يديه، أو يذهب ويجيء بصفة متواصلة دون أن يستطيع الجلوس في مكان واحد لمدة معقولة. تنشأ جميع هذه الأعراض الجانبية بعد تناول الأدوية المسببة لها بمدة تختلف من فرد إلى فرد من ساعات إلى أيام. ويلزم علاجها بواسطة طبيب الطوارئ بحقنة مضادة مثل حقنة بروسيكليدين بالعضل أو بالوريد أو حقنة بنزتروبين بالعضل، حيث تختفي الأعراض بعد فترة قصيرة، ثم يعاد المريض إلى طبيبه النفسي الذي وصف العلاج لكي يراجع ما يأخذ من دواء، فقد يخفض الجرعة أو يضيف علاجًا بالفم من نفس أنواع الحقن المشار إليها.

طوارئ الأفراد المعتمدين على الأدوية drug dependent:

يتردد بعض الأفراد المعتمدين على الأدوية على قسم الطوارئ وخاصة في الساعات المتأخرة من الليل للحصول على المنومات أو المهدئات لما يشكون من اضطراب النوم أو الشعور بالآلام البدنية أو

بالتهيج. ويجب أن يكون طبيب الطوارئ حذرًا في التعامل معهم، حتى لا يدعم اعتمادهم على الأدوية بوصف علاجات متكررة يعرف عنها أنها قد تؤدي إلى الاعتماد مثل مستحضرات البتروديازبين. كذلك ينبغي الحرص عند التوصية لهم بإجازات من العمل. وقد يتردد هؤلاء على عيادات الطوارئ مرارًا دون أن يحصلوا على ما يبغون بعد أن يحاولوا مع شتى الأطباء، ولذلك يلزم توحيد سياسة التعامل معهم حتى لا يقع الأطباء بالحرج، بسبب اختلاف طرائق تصرفهم ولاسيما إذا حصلوا منهم على توصيات متباينة.

مما سبق يتضح أنه بعد العلاج المؤقت في عيادة الطوارئ هناك ثلاثة مسارات لمرضى الطوارئ النفسية:

أولًا: الإدخال إلى جناح عام، في حالات الهذيان ومحاولة الانتحار.

ثانيًا: الإدخال إلى جناح الاضطرابات النفسية، في حالات الفصام والهوس وبعض حالات الهلع.

ثالثًا: التحويل إلى العيادات الخارجية النفسية، في حالات الأعراض التحويلية والهياج السيكوباتي والهلع والاعتماد على الأدوية للمزيد من التقييم وتقدير الخطة النهائية للمعالجة.

الفهرس